

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決		裁	
常務理事	事務長	担当者	担当者

### 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 被保険者証の記号及び番号	記号	番号	② 被保険者の氏名			
			③ 生年月日	昭・平 令	年	月
④ 資格喪失の年月日		令和		年	月	日
⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額		千円				
⑥ 資格喪失の際、使用されていた事業所	名称					
	所在地					
⑦ 資格喪失の際の組合の名称		立教学院健康保険組合				
⑧ 備考						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

立教学院健康保険組合理事長殿

住所  
申請者の  
氏名（自書）