

決 裁	常務理事	事務長	担 当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被 保 険 者 証	記 号	番 号	フリガナ	性 別	男・女		
			被保険者氏名				
			生年月日	昭和 平成	年	月	日
資格喪失日 (退職日の翌日)		令和	年	月	日	資格喪失時の 標準報酬月額	千円
資格喪失時に 勤務していた事業所		名 称					
		所在地					
資格喪失時に加入していた組合名称		日本信号健康保険組合					
給付金等の振込口座 (本人名義)		フリガナ					普通
		銀行	支店				
備 考							

日本信号健康保険組合理事長 殿

上記のとおり申請します

令和 年 月 日

〒
居 所 :

〒
住民票の住所 :

* 居所と同じ場合でも記入すること

氏 名 :

日中連絡の取れる電話番号 :

(記入上の注意)

資格喪失日(退職日の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合には
延滞した事由を備考欄に記入すること

受付年月日