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	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 当座			
	銀行　　支店					
備　　考 （資格確認書発行希望等）	□　資格確認書の発行を希望します　（発行を希望する場合は☑すること）					

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

R7.4