

	常務理事			担当者

健康保険任意継続被保険者取得申請書

マルハニチロ健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

健康保険被保険者の記号・番号	(新)記号	101	(新)番号	*	被保険者の氏名・性別		性別	男
	(旧)記号		(旧)番号		生年月日	昭和 平成		女
資格喪失年月日	令和 年 月 日				資格喪失の際の標準報酬	千円		
資格喪失の際使用されていた事業所	名称							
	所在地							
資格喪失の際の組合の名称	マルハニチロ健康保険組合							
備考								

(註1) *欄は記入しないで下さい。

(註2) 申請書の提出は資格喪失の日(退職した日の翌日)から20日以内を厳守してください。

上記の通り申請します。

住 所 〒

氏 名 (印)

電 話 携帯電話

取引銀行 銀行 支店

普・当 (カタカナ)
口座NO. 口座名義

○取引銀行は現金給付が発生した場合、マルハニチロ健康保険組合から振込む口座です。

必ずご記入ください。

(ゆうちょ銀行の場合は、振込先記号番号のあるページのコピーを添付してください。)

○初回保険料は、資格喪失日以降できるだけお早めに振込みください。