

決		済		
常務理事	事務長			係

受付	年	月	日
決定	年	月	日

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(規則第15条関係)

① 健康保険 被保険者証の 記号及び番号	記号	2000	番号	②被保険者 の氏名・性別	中央 三郎	性別	男・女
				③生年月日	昭平 38年 5月 1日		
④ 資格喪失の年月日	令和 7年 5月 1日			⑤資格喪失の際 の標準報酬月額	360千円		
⑥ 資格喪失の際 使用されてい た事業所	名 称	リケンテクノス株式会社					
	所 在 地	東京都千代田区神田淡路町二丁目101番地					
⑦ 資格喪失の際の組合の名称	リケンテクノス健康保険組合						
⑧ 備 考					⑨ 資格確認書	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	

上記のとおり申請します。

令和 7年 5月 1日

リケンテクノス健康保険組合理事長殿

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 三重県亀山市〇〇〇〇

申請者の

氏名 中央 三郎

TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

シャチハタ印不
可です

印

記入上の注意

⑧には資格喪失の日(退職などした日の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。