

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

理事長	常務理事	事務長		担当者

① 記号	99			
② 番号				
③ 資格取得の年月日	令和	年	月	日
④ 資格取得の際の標準報酬月額	千円			
④ 資格喪失の際使用 されていた事業所	名 称			
	所 在 地			
⑤ 資格喪失の際の組合の名称	東海マツダ販売健康保険組合			
⑥ 備考				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 —
申請者の住所

氏名 印

TEL — —