

常務理事	事務長	担当

任意継続被保険者資格取得申請書

任継 保険証			被 保 険 者	フリガナ			性別	男・女
記号	50	番号		氏名				
				生年月日	昭・平・令 年 月 日			
被 扶 養 者	氏名	フリガナ	続柄	性別	生年月日		備考	
				男・女	昭・平・令 年 月 日			
	氏名	フリガナ	続柄	性別	生年月日			
				男・女	昭・平・令 年 月 日			
	氏名	フリガナ	続柄	性別	生年月日			
			男・女	昭・平・令 年 月 日				
資格喪失年月日 (退職の翌日)			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 使用されてい た事業所	名称							
	所在地							
資格喪失時の加入組合の名称			共同印刷健康保険組合					

共同印刷健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

〒

住所

氏名

印

電話番号 () - () - ()