

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	〇〇〇 〇〇〇	性別	男・女			
記号	50	番号		※記入不要	氏名			〇 〇 〇 〇		
				生年月日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日					
被 扶 養 者	氏名	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇	続柄	〇	性別	男・女	生年月日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	備考
	氏名	フリガナ		続柄		性別	男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	氏名	フリガナ		続柄		性別	男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	氏名	フリガナ		続柄		性別	男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	氏名	フリガナ		続柄		性別	男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
資格喪失年月日 (退職の翌日)			令和 〇〇年〇〇月〇〇日			資格喪失時の 標準報酬月額		※記入不要 千円		
資格喪失時に 使用されてい た事業所	名称		〇〇〇〇株式会社							
	所在地		〇〇県〇〇市〇〇 〇〇-〇〇							
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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 〇〇県〇〇市〇〇 〇〇-〇〇

※スタンプ印不可

氏名 〇 〇 〇 〇



電話番号 ( 〇〇 ) - ( 〇〇〇〇 ) - ( 〇〇〇〇 )