

常務理事	事務長	課長	担当

12-

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号		番号		
② 資格喪失の年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日		③ 資格喪失の際の 標準報酬月額	
④ 資格喪失の際 所属していた事業所		名称			
		所在地			
⑤ 資格喪失の際の組合の名称		沖電気工業健康保険組合			
⑥ 被扶養者		氏名	生年月日	続柄	
⑦ 備考					

令和 年 月 日
 沖電気工業健康保険組合理事長 殿

申請者の 〒 住所

〒
 氏名
 電話
 個人の E-mail アドレス

生年月日 昭・平 年 月 日 (才)

(健保より振込のある場合に使用)

給付金送り先	銀行	支店	普通預金口座No.	口座名義名(カタカナ)
名称 (申請者記入欄)				
コード (健保記入欄)				

記入上の注意

- 退職後、昼間に連絡が取れる電話番号を記入にするか、メールアドレスを記入してください。
(メールアドレスは、今後のお知らせにも利用いたします。)
- ⑦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、延滞した事由を記入すること。

受付印

a1013_0507