

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決		裁
常務理事	事務長	係

## 任意継続資格取得申請書

①の記号・番号は健保組合で記入

① 健康保険被保険者証の記号及び番号		② 被保険者の氏名・性別	男・女
記号	番号		
90		③ 被保険者の生年月日	明・大 昭・平 年 月 日
④ 資格喪失の年月日	年 月 日	⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円
⑥ 資格喪失の際使用されていた事業所	名称	岡谷鋼機健康保険組合	
	所在地	名古屋市中央区栄二丁目4-18	
⑦ 資格喪失の際の組合の名称	岡谷鋼機健康保険組合		
⑧	*資格喪失の日から20日を経過した後に、申請書を提出する場合は遅滞した事由を記入してください		
備考			

上記のとおり申請します。

年 月 日

岡谷鋼機健康保険組合 理事長 殿

申請者	〒		TEL	(日中に連絡のとれる番号)	
	住所				
	氏名	Ⓜ			
	メールアドレス				
給付金振込銀行	キャッシュレス口座	三菱UFJ 銀行		名古屋営業部	
	口座名義		口座番号	普 No.	