

受付	年	月	日
決定	年	月	日

ニューオータニ健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長	担当

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

被 保 険 者 情 報	勤務していた時に 使用していた 保 険 証 の	記号	番号		
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	性別	男 ・ 女			
	氏名・印	(フリガナ)		⑩	* 自署の場合は押印を省略できます
	住所	〒 -			
	TEL (携帯可)	- -			
勤務していた会社の	名称				
	所在地				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します。(委任する場合は☑)					
記入日 年 月 日					

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。
 ● マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認及び本人確認書類の添付が必要です。
 【被保険者のマイナンバー】

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 以下は記入しないでください。

組 合 使 用 欄	任意継続 記号・番号	資格取得日			資格喪失日
	.	昭和 平成	年	月	日
	標準報酬月額	保険料額			
	千円	一般	介護	合計	
円					(受付日付印)