

ニューオータニ健康保険組合理事長 殿

受付	年 月 日
決定	年 月 日

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

健康保険被保険者証		被保険者氏名	フリガナ	性別	生年月日
記号	番号		昭和 平成	男 ・ 女	年 月 日
個人番号 (マイナンバー)					
組合処理欄	任意継続 記号・番号	資格取得日	資格喪失日	標準報酬月額	
	99 -	昭 平 年 月 日	年 月 日	千円	
被保険者住所	フリガナ				
	〒 - TEL ( )				
資格喪失の際 使用されていた 事業所	名称				
	所在地				
資格喪失時の 組合の名称	ニューオータニ健康保険組合				
備考					

記入に際しての注意事項

※資格喪失日から20日を経過した申請書は受け付けられないことがあります。

組合処理欄は記入しないで下さい。

上記のとおり申請します。

年 月 日 提出

申請者

印