

提出先：フランスベッドグループ健康保険組合 行

承認済	理事長	常務理事	事務長	係	係

任意継続被保険者資格取得申請書

(太枠内を記入して下さい)

		申請日	平成	年	月	日
資格喪失の際の 健康保険者証の 記号及び番号	記号	フリガナ				
		氏名	印			
	番号	生年月日	年	月	日生	男・女
住所	〒 TEL () - () - ()					
資格喪失の際 使用されていた事業所 (保険証に記載されている事業所)	名称					
	所在地					
資格喪失前の被保険者 であった期間	自	昭和	年	月	日	(入社年月日)
	至	昭和	年	月	日	(退職日)
資格喪失年月日	平成 年 月 日 (退職日の翌日)					
就職の予定 (該当するものに○)	有り (平成 年 月頃) / 無し (理由:)					
標準報酬月額	※資格喪失の際の標準 報酬月額	※当健康保険組合が公示 した標準報酬月額		※決定標準報酬月額		
	千円	320 千円		千円		

被扶養者(退職時と現況が異なる場合は「健康保険被扶養者(異動)届」が必要です。用紙を送付しますのでご連絡願います。)

氏名	生年月日	性別	続柄	住所
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

健康保険給付金等の振込先

銀行名	支店名	口座番号
		普・当

保険料の納付方法 (いずれかひとつを選び、その番号に○を付けて下さい。)

1	毎月払	2	半年払 (年2回)	3	年払 (年1回)
---	-----	---	-----------	---	----------

注) 半年払: 4月(又は任継加入月)~9月までと、10月(又は任継加入月)~3月(年度末)までの年2回払い
年払: 4月(又は任継加入月)~3月(年度末)までの年1回払い

楷書で丁寧にご記入ください。住所は都道府県名よりお書きください

本申請書の受付は被保険者資格喪失後 20 日以内ですが、なるべく喪失日までに提出願います。

受付日付
印