

受 付	
決 定	

決		裁	
理事長	常務理事	事務長	担 当 者

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の記号及び番号	記号	番号	被保険者の氏名・性別	性 別	男 女
資格喪失の年月日			生年月日	昭和・平成	年 月 日
資格喪失の際の年月日			資格喪失の際の標準報酬月額		千円
資格喪失の際使用されていた事業所	名 称				
	所 在 地				
資格喪失の際の組合の名称		日 清オイリオグループ 健康 保 険 組 合			
備 考					

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

日清オイリオグループ健康保険組合理事長殿

〒

住所

申請者の 氏名 _____ 印

※ 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、申請書を提出する場合は、遅滞した理由を記入すること。

付 記

退職後のご住所	〒		
E-mailアドレス			
電話番号	ご自宅Tel	携帯Tel	
保険料支払方法	年払い 半年払い 月払い	健保給付金振込口座	銀行 信用金庫 支店 普通・当座 No.

*保険料は銀行引き落としではありませんのでご注意ください。