

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
				生年月日	昭和・平成	年	月 日
資格喪失の年月日			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							
<p>上記のとおり申請します。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">日清オイリオグループ健康保険組合理事長殿</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者の 氏名 _____ 印</p>							
<small>※ 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。</small>							

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。