

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者の記号及び番号	記 号	番 号	フリガナ ② 被保険者氏 名		男・女
			③ 生年月日	昭・平 年 月 日	
④資格喪失年月日	令和 年 月 日		⑤資格喪失の際の標準報酬月額		千円
⑥資格喪失の際使用されていた事業所		名 称			
		所 在 地			
⑦資格喪失の際の組合の名称		JR東海リテイリング・プラス健康保険組合			
⑧保険料の希望納付方法		次の中から1つを選んで○印をつけて下さい。 1. 前 納 (1年分 ・ 6ヵ月分) 2. その他 () 令和 () 年度の保険料を前記の方法で納付します。			
(フ リ ガ ナ)					
⑨給付金等の払渡希望銀行		銀行 ・ 支店 口座番号			
⑩ 備 考		資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要な場合V印を付してください。			

上記のとおり、申請いたします。

令和 年 月 日

JR 東海リテイリング・プラス健康保険組合 理事長 殿

〒 ー TEL ()

住 所

申請者の

氏 名

確 認 欄	下記内容を確認後□欄にV印を付してください。
☐	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。