

書類コード	201
事業所 No	証 No
1101	

常務理事	事務長	担当

## 健康保険任意継続資格取得申請書

被保険者証の番号	在職中の事業所名			資格取得年月日	
—				(退職日の翌日)	
	年	月	日		
被保険者氏名	性別	生年月日		資格区分	退職時月額
	男・女	昭和 平成	年 月 日	4	千円
現住所					
〒 —			TEL ( — — )		
還付金など発生した場合の振込口座					
銀行 口座名義人(カタカナ)					
支店 普通・当座 No					
被扶養者名	性別	生年月日		続柄	
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		
保険料支払方法	1ヵ月払い ・ 半期払い ・ 一括払い				

※太枠内は全て記入して下さい。  
※健康保険被保険者証を退職日までに返却して下さい。

上記のとおり申請致します。

日本ペイント健康保険組合殿

申請者氏名