

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

					任継記号番号		—		
健康保険 被保険者等 記号番号	記号		番 号		生年 月 日	昭 平	年	月	日 生
資 格 取 得 年 月 日			昭・平・令			年		月	日
資 格 喪 失 年 月 日			令和			年		月	日
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			リケン健康保険組合						
備 考		_____				資 格 確 認 書 発 行 要 否		□発行が必要	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

リケン健康保険組合 理事長殿

申 請 者 〒 -

住 所 _____

TEL () _____

氏 名 _____

振込銀行 _____ 銀行 _____ 支店 _____

預金種別 1. 普通 2. 当座 口座番号 _____

※ 資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には備考欄に遅延した事由を記入すること。