

受 付	令和 年 月 日
決 定	令和 年 月 日

決 裁			
理事長	常務理事	事務長	担 当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①保険証の 記号・番号	・	②氏名	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生まれ	
③資格喪失の年月日		令和 年 月 日	④資格喪失時の 標準報酬月額	千円
⑤事業所の名称 所在地				
⑥あなたの銀行口座		銀行 支店・預金種目(普通・当座)		
		・口座番号() ・名前()		
⑦保険料の納付方法		a. 年払い(1年前納)*最大3%が割引かれます b. 毎月払い		
⑧備 考				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

西日本新聞社健康保険組合理事長殿

〒 住 所

(フリガナ)

申請者氏名

固定電話 ()

携帯電話

携帯mail @

《記入について》

●太枠内は、ご本人が記入してください。

●その他の全ての箇所は、事業所ご担当者が記入してください。

受 付 印

健保チェック欄	保険証	健保マスター	住所マスター	任継の記号・番号