

受付年月日

	常務理事	事務長		担当者
決裁				

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

性別を選択：男・女

被保険者証	記号 社員番号	番号	被保険者氏名	健保 太郎	性別	男
	91	12345	生年月日	昭和 43年 6月 10日	元号を選択：昭和・平成・令和	
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 6年 4月 1日			資格喪失の際の 標準報酬月額	千円	
資格喪失の際 勤務していた 事業所	名称	サンスター株式会社				
	所在地	大阪府高槻市朝日町3番1号				
資格喪失の際 の組合の名称	サンスター健康保険組合					
給付金等振込先 (本人名義)	フリガナ	ケンポ タロウ		普通	No. 0123456	
		〇〇〇	銀行	△△△	支店	当座
居所住所	郵便物の送付先を住民票住所と異なる住所にしたい場合はご記入ください。					
	〒	-				
備考						

↑
人事担当部門で記入しますので記入不要です。

※被扶養者がいる場合は「被扶養者現況届」等が必要です。
上記のとおり申請します。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

サンスター健康保険組合理事長 殿

住民票住所をご記入ください。

※居所が異なる場合や郵便物の送付先を指定
したい場合は居所住所にご記入ください。

〒 *** - ****

住民票住所 大阪府高槻市〇〇町1-1

申請者の

氏名 健保 太郎

TEL ** - **** - **** 携帯 *** - **** - ****

<記入上の注意>

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、遅滞した事由を備考欄に記入すること。