（受付）

旭化成健康保険組合				

任意継続被保険者
資 格 取 得 申 請 書

被保険者等記号・番号	記号　20　番号	組合の名称	旭化成健康保険組合
資格喪失年月日〔資格喪失年月日は退職日の翌日を記入〕	令和　　年　　月　　日	資格喪失時標準報酬月額	円
資格喪失時の事業所			

		フリガナ 氏名	生年月日	続柄	備考
加入者	本人		昭和・平成 年　月　日		
	家族		昭和・平成・令和 年　月　日		
			昭和・平成・令和 年　月　日		
			昭和・平成・令和 年　月　日		
			昭和・平成・令和 年　月　日		

誓　約　書

健康保険任意継続被保険者の資格取得に際し、下記事項を確実に履行いたします。
もし、履行しないときは、如何なる処分を受けても異議はありません。

記

1．保険料は、納期内に納入します。（当月分は当月の１０日までに納入）
2．健康保険のある事業所（会社）に働くようになった場合、または任意継続の脱退を希望する場合は、任意継続被保険者資格喪失申出書を提出いたします。
3．組合会の決定事項は遵守いたします。
4．資格確認書を保有している場合は、資格がなくなったときから５日以内に返却します。

上記のとおり誓約の上、任意継続被保険者資格取得申請をいたします。

旭化成健康保険組合　殿

令和　　年　　月　　日

〒　　住所

氏名　　電話

健康保険組合からの給付金等の受取口座を記入してください。

銀行口座	銀行	支店	口座番号

必ず本人名義を記入して下さい

※退職後２０日以内に提出してください。　本人　→　（延岡）旭化成健康保険組合