

健 康 保 険

任 意 継 続 被 保 険 者 資 格 取 得 申 出 書

健康保険被保険者証		記号		番号	
資格喪失年月日	令和 年 月 日		資格喪失時の際の 標準報酬月額		千円
資格喪失の際使用 されていた事業所		名 称			
		所 在 地			
資格喪失の際の管轄都道府県知事又は組合の名称			製紙工業健康保険組合		
保険料支払い方法		毎月 ・ 前納(半期) ・ 前納(通年)			
資格確認書発行要否		☐ 発行が必要 (マイナ保険証を保有していない方はチェックしてください)			

令和 年 月 日

〒

住 所

申請者 氏 名

TEL ()

※必ず連絡のつく番号を記入してください。

誓 約 書

健康保険任意継続被保険者資格取得申請にあたり、被保険者の資格取得の
うへは、健康保険法の諸規定を遵守し、保険料納入について振込手数料は私
が負担のうへ納付期日を厳守し、任意継続被保険者として絶対にご迷惑をか
けないことを誓約します。

令和 年 月 日

氏 名

製紙工業健康保険組合 様

受付印