

常務理事	事務長	担当者	

任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失 時 状 況	記号・番号	・	事業所名		標準報酬 月額	千円					
	資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	
	被保険者氏名		性別	男・女	生年月日	昭 平	年	月	日		
	被保険者住所	〒					電話 ()				
	被 扶 養 者	氏名	性別	生年月日		続柄	職業	住所			
			男・女	昭・平・令	年	月	日				
		男・女	昭・平・令	年	月	日					
		男・女	昭・平・令	年	月	日					

上記のとおり、任意継続被保険者資格取得を申請します。

令和 年 月 日 提出

野村健康保険組合理事長 殿

フリガナ
申請者氏名 _____

- ◇この申請書は退職日の翌日から20日以内に提出してください。
- ◇保険料の納付は、後日組合より送付する納付書での振込となります。
- ◇納付期限内に入金がない場合は、資格取消又は資格喪失となります。

組 合 使 用 欄	記号・番号	5101・	資格喪失年月日	令和	年	月	日			
	資格取得年月日	令和	年	月	日	資格喪失事由				
	資格喪失予定年月日	令和	年	月	日	証回収日	令和	年	月	日
	標準報酬月額		千円	受付印						
	保険料		円							
	一般保険料		円							
	介護保険料		円							

任 継