

受付	年	月	日
決定	年	月	日

常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	番号	② 被保険者の氏名・性別	性 別	男 ・ 女
			③ 生年月日	昭和 平成	年 月 日
④ 資格喪失の年月日			年 月 日	⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額	
⑥ 資格喪失の際使用されていた事業所		名 称	セントラル警備保障株式会社		
		所 在 地	東京都新宿区西新宿2-4-1 新宿NSビル		
⑦ 資格喪失の際の組合の名称		セントラル警備保障健康保険組合			

上記のとおり申請します。

年 月 日

セントラル警備保障健康保険組合理事長 殿

〒

申請者の 住所

電話

氏名

⑧

*資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日以内に健康保険組合に申請書を提出すること