

◎資格	取得	・	・
	喪失	・	・
	喪失時の報酬	千円	

◎決定	任 継	号	
	喪失予定	・	・
	標準報酬	千円	

伺	常務理事	事務長	係

処理日 ． ． 認定 年 月

### 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

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	喪失時の標準報酬月額	千円
資格喪失日前まで被保険者として使用されていた事業所	所在地		
	名称		
資格喪失の際の保険者	住友ゴム工業健康保険組合		
備考			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住友ゴム工業健康保険組合 理事長 殿

申請者住所	〒
氏 名	印
電 話 番 号	
保険料の納付について希望する方法に○をつけて下さい	全期前納(3月迄) ・ 半期前納(9月迄・3月迄) ・ 各月払
健保から給付金がある場合に希望する振込先	銀行 支店 (普通預金) NO