

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続 被保険者資格取得申請書

住友商事健康保険組合理事長

①任継健康保険被保険者証の記号・番号	9-		
②資格喪失の年月日	令和 年 月 日	③資格喪失の際の標準報酬月額	千円
④資格喪失時の事業所名			
⑤資格喪失の際の管轄都道府県知事又は組合の名称	住友商事健康保険組合		
旧被保険者証番号 (氏名番号)		入社年月日	

居 所 住 所	〒		
住 民 票 住 所	〒		
フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日 生	男 女
電 話	(自宅)	(携帯)	

給付を受ける際の銀行口座	銀行	支店	普通	番号
--------------	----	----	----	----

- * 太枠のみご記入ください。
- * 住民票を添付してください。ご家族を扶養に加入される場合は、続柄が表示されているものをご準備ください。
- * 健康保険法第20条の規定による期限(資格喪失の日から20日以内)を経過した後原則として加入は認められません。