

任意継続被保険者資格取得申出書

P&Gグループ健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

資格喪失時の 記号・番号	記号		番号			
氏 名	フリガナ					
申請者の住所	〒					
生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日 ()歳	性別	男 ・ 女
メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)						
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日					
資格喪失時の所属会社名						
保険料の納入方法	1. 口座振替		2. 前納			
保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。						
被保険者氏名						
被扶養者 状況	氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄	住 所	
		昭 平 令 年 月 日				
		昭 平 令 年 月 日				
		昭 平 令 年 月 日				

(注)この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

※健 保記 入欄	任意継続被保険者証 記号・番号		
	資格喪失予定日	令和 年 月 日	
	資格喪失時 標準報酬月額		千円
	決定月額		千円
	初回保険料納入日		

受付日付印