

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

住友商事健康保険組合理事長殿

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	平成 25年 3月 20 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	名称	〇 〇 〇 〇 (株)	
	所在地	東京都 中央区 〇〇 〇-〇-〇	
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)	1-1234567	入社年月日	平成5年4月1日

申請者住所	〒104-6220 東京都 中央区 〇〇 〇-〇-〇		
フリガナ	スミトモ タロウ		
氏名	住友 太郎 (印)		
生年月日	昭和 45年 5月 1日生 男		
電話	(自宅) 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯)	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※ 太枠のみご記入下さい。

注) 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。

給付を受ける際の銀行口座	〇〇 銀行 △△ 支店 普通 番号 1234567		
--------------	---------------------------	--	--