

常務理事	事務長	課長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 資格喪失時の被保険者証 記号及び番号		—		② 生 年 月 日		昭和 平成		年 月 日生		
③ 被扶養者 の有・無	無 ・ 有	④ 資格取得 の年月日	昭和 平成 令和		年 月 日	⑤ 資格喪失 の年月日	令和 年 月 日			
⑥ 資格喪失の際使用 されていた事業所		名 称					⑦ 資格喪失の際の 標準報酬月額			
		所在地								
⑧ 資格喪失の際の管轄都道府県 知事又は組合の名称		大 阪 府 農 協 健 康 保 険 組 合								
⑨ 保 險 料	月 日	月分	¥							
前 納	月 日	月分	¥							

上記のとおり、申請します。

令和 年 月 日

申請者の、住 所

フリガナ
氏 名

印

⑩ 任意継続被保険者証 の記号及び番号	990-
------------------------	------

電話番号