

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の 記号及び番号		資格喪失の際の 標準報酬月額	級
資格喪失の年月日	令和 年 月 日 (退職日の翌日)		
資格喪失時に所属していた事業所			
資格喪失の際の組合の名称	三井倉庫ホールディングス健康保険組合		
任継被保険者の 資格取得後の 住民票住所	〒 電話 ()		
保険料の納付方法	前納 月払い		
資格確認書	マイナ保険証登録済みの為不要です マイナ保険証未登録の為発行を依頼します		
資格取得後の給付金等 の送金先（銀行口座）	_____ 銀行 _____ 支店 本人名義 普通預金 口座番号 _____		

(注) 住所を移転又は給付金等の送金先（銀行口座）を変更したときは、速やかに当組合に申請願います。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

三井倉庫ホールディングス健康保険組合 理事長 殿

氏 名

組合記入欄	承	記号及び番号	91 -
	認	標準報酬月額	千円
	後	標準報酬等級	級
	の	一般保険料月額	円
		介護保険料月額	円

理事長	常務理事	事務長		担当者