

任意継続被保険者資格取得申請書（太枠内のみ記入ください） ↓年月日は和暦表示でも良い

資格喪失時の状況	記号	番号	事業所	株式会社住友倉庫		標準報酬月額		400千円		
	203	0000								
	被保険者氏名		住友 太郎		生年月日		1989年 1月 1日			
	資格取得年月日		2020年 1月 1日		資格喪失年月日		2024年 12月 31日			
	被保険者住所		〒 530-0005 大阪府大阪市北区中之島3-2-18				退職時年齢		36 歳	
							電話番号		090-0000-0000	
	被扶養者	氏 名		性別	生 年 月 日		続柄	住 所		
		住友 花子		男・女	1990年 12月 1日		妻	大阪府大阪市北区中之島3-2-18		
		男・女	年 月 日							
		男・女	年 月 日							
		男・女	年 月 日							

党務理事		事務長		係長	
こちらは記入不要です					
予定日				年 月 日	

(フリガナ)	※※	※※	預金種別	口座番号							口座名義
利用金融機関	※※銀行	※※支店		普通預金	1	2	3	4	5	6	7

任意継続被保険者として貴組合に加入いたしたく申請します。

2024年 12月 20日

住友倉庫健康保険組合理事長 殿

フリガナ
申請者氏名

スミトモ タロウ
住友 太郎

印

(自著の場合印は不要です)