

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)

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	千円	
	203						
	被保険者氏名			生年月日	年 月 日		
	資格取得年月日	年 月 日		資格喪失年月日	年 月 日		
	被保険者住所	〒			退職時年齢	歳	
					電話番号		
	被扶養者	氏名	性別	生年月日	続柄	住所	
			男・女	年 月 日			
			男・女	年 月 日			
			男・女	年 月 日			

常務理事	事務長	係員

任意継続取得状況	健康保険組合記入欄			
	記号	920	番号	
	資格取得日	年 月 日		
	公示標準報酬月額	千円		
	決定標準報酬月額	千円		
	期間満了予定日	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		被保険者 (申請者)

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。

年 月 日

住友倉庫健康保険組合理事長 殿

フリガナ
申請者氏名

印
(自著の場合印は不要です)