

受付	令和	年	月	日
受付	令和	年	月	日
取得日	令和	年	月	日
番号	6 1 2 0 -			
標準報酬月額	千円			

決 裁		
常務理事	事務長	係員

規則第15条関係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険 被保険者証の 記号・番号	記号	番号	② 被保険者の 氏名・性別	性 別	男 女	
			③ 生年月日	年	月	日
④ 資格喪失の年月日	令和	年	月	日	⑤ 資格喪失時の標準報酬月額	千円
⑥ 資格喪失の際 使用されてい た事業所	名 称					
	所 在 地					
⑦ 資格喪失の際の組合の名称	ロイヤル健康保険組合					
⑧ 備 考						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

ロイヤル健康保険組合理事長 殿

〒 _____

住所 _____

TEL _____

氏名 _____ 印