受付	令和	年	月	日
受付	令和	年	月	日
取得日	令和	年	月	日
番号	６１２０－			
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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿