

健康保険「任意継続被保険者」資格取得申請書

本人記入欄	被 保 険 者 の 記 号 と 番 号	801 9999	退 職 年 月 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
	資 格 喪 失 の 際 使 用 さ れ て い た 事 業 所	名 称	関西テレビ放送株式会社		
		所 在 地	大阪市北区扇町 2-1-7		
	資 格 喪 失 の 際 の 組 合 の 名 称	関西テレビ放送健康保険組合			
	備 考				

※ 備考欄には、法第 37 条の規定による期限（資格喪失の日から 20 日以内）を経過した後に申請書を提出する場合に遅延した理由を記入すること。
ただし、正当な理由がなければ受理できません。

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請者の

氏 名 関西 八郎

住 所 〒0000-0000 大阪市北区0002丁目0番0号

電話番号（自宅）06-6314-0000

（携帯）080-0000-0000

PC mail address : hachirou@gmail.com

資格喪失時の標準報酬月額		等級 円			
資 格 喪 失 年 月 日		令和 年 月 日喪失			
決 裁 欄	常務理事	事務長			担当者

受 付 日 付 印