受付年月日

決裁	常務理事	事務長		担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

性別を選択：男・女

被保険者証	記号	番号	被保険者 氏 名	健保　太郎	性別	男
	91	12345	生年月日	昭和	43 年 6 月 10 日	
資格喪失の年月日（退職日の翌日）	令和 6 年 12 月 1 日		資格喪失の際の標準報酬月額	千円		
資格喪失の際勤務していた事業所	名　称	サンスター株式会社				
	所在地	大阪府高槻市朝日町３番１号				
資格喪失の際の組合の名称	サンスター健康保険組合					
給付金等振込先（本人名義）	フリガナ　〇〇〇　△△△ 〇〇〇　銀行　△△△　支店	普通（〇）・当座	No. 0123456			
居所住所	郵便物の送付先を住民票住所と異なる住所にしたい場合はご記入ください。 〒　　　－					
備　考		資格確認書発行要否 ※「要」を選択の場合、別途申請書が必要	否			

社員番号

元号を選択：昭和・平成・令和

↑
人事担当部門で記入しますので記入不要です。

※被扶養者がいる場合は「被扶養者現況届」等が必要です。
上記のとおり申請します。

令和 ＊＊ 年 ＊＊ 月 ＊＊ 日

サンスター健康保険組合理事長 殿

住民票住所をご記入ください。
※居所が異なる場合や郵便物の送付先を指定したい場合は居所住所にご記入ください。

〒 ＊＊＊ － ＊＊＊＊

申請者の

住民票住所 大阪府高槻市〇〇町１－１

氏名 健 保 太 郎

TEL ＊＊ － ＊＊＊＊ － ＊＊＊＊ 携帯 ＊＊＊ － ＊＊＊＊ － ＊＊＊＊

＜記入上の注意＞
資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を備考欄に記入すること。