

[Example]

常務理事	事務長	課長	係

Notifications Regarding Voluntary and Continuously Insured Persons

健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

提出年月日		Date		Health Insurance Card Symbol				Health Insurance Card Number			
20△△ 年 01 月 01 日		3 0 0 3 - 1 2 3 4 5 *				Birth Date					
生 年 月 日		昭和 平成		5 0 年 0 1 月 0 1 日 *							
申請者の氏名		健 保 太 郎				Name					
郵便番号		3 5 5 - 0 0 2 8				Zip Code					
住 所		埼玉 都 道 府 県 東松山市箭弓町2-5-5				Address					
電話番号		Telephone Number 0493 - 22 - 0890									

※事業所にてご記入ください。

※1	資格喪失時 使用されていた事業所名							
※2	事業所所在地							
※3	資格取得年月日	昭和 平成 令和		年		月		日
※4	資格喪失年月日	昭和 平成 令和		年		月		日
※5	標準報酬月額	千円						
	備 考							

受付日付印

【注意事項】

- ※印欄は申請者ではなく事業所が記入してください。
- 被扶養者を有する方は、健康保険被扶養者（異動）届を提出してください。
- この申請書は資格喪失日（退職日の翌日等）より20日以内に提出していただかないと受理できません。

The personal information you provide is gathered to help the Bosch Health Insurance Society undertake its operations fairly and in accordance with the Health Insurance Law and relevant notifications. Under no circumstances will this personal information be provided to a third party or used for any purpose other than those stated above. In certain cases, we may contact you to seek clarification of details you have provided, or, if necessary, ask you to provide additional supporting documentation. Please address all inquiries concerning the handling of personal information, requests for disclosure of personal information, and so forth to the Bosch Health Insurance Society General Affairs Section (telephone: 0493-22-0890).

*To find out more about how we handle personal information, please refer to the "Privacy Policy" on our website.

ボッシュ健康保険組合