

常務理事	事務長	課長	係

## 健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

提出年月日 年 月 日

1	被保険者証の 記号及び番号					—						*		
2	生 年 月 日	昭和・平成					年			月			日	*
3	申請者の氏名													
4	郵便番号					—								
5	住 所	都 道 府 県												
6	電話番号	— —												

※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。

ご記入いただいた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また、記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合総務課（0493-22-0890）までご連絡ください。※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

ボッシュ健康保険組合