

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者等 記号及び番号		記号		被保険者氏名			
		番号		生年月日	年	月	日
資格喪失の年月日		令和	年	月	日	資格喪失の際の標準報酬月額	千円
資格喪失時の 所属事業所	名称						
	所在地						
資格確認書発行要否		☐ 発行が必要		備考			

上記のとおり、申請します。

令和 年 月 日

サイボー健康保険組合
理事長 殿

〒

住所

申請者の

氏名

TEL () -

付加給付金等発生時の希望振込口座

銀行 支店

(普通・当座) 口座番号

記入上の注意

備考欄には資格喪失の日(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は、
遅滞した事由を記入すること。