

常務理事	事務長				証交付	保険料確認

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請者の現住所	ふりがな	でんせん たろう			性別	Ⓜ	生年月日	昭和 平成 53 年 11 月 8 日 令和	被扶養者	有 ・ 無
	氏名	電線 太郎			性別	・ 女	生年月日		被扶養者	
資格喪失の際に使用されていた事業所等	〒	104 - 0032	電話	090 (0000) 0000	FAX					
	現住所	東京都中央区築地9-12-22 KWビル507								
資格喪失の際に使用されていた事業所等	記号	66	事業所名	八丁堀電線株式会社		資格取得年月日	昭和 平成 29 年 1 月 1 日 令和		標準報酬月額	
	番号	893	所在地	東京都中央区八丁堀5-12-22		資格喪失年月日	令和 4 年 1 月 1 日		320 千円	
	事業所等									
保険料納付方法	① 銀行振り込み 毎月振り込み ② 銀行振り込み 前納による一括振り込み (いずれかに○をしてください)									

退職日の翌日を記入

私は、健康保険料を納付期限(当月10日、10日が土、日、祝日の場合は翌日)までに組合に納めることを了承いたします。万一納付期限までに保険料を納付しないときは、資格を喪失されても異存ありません。

令和 4 年 1 月 5 日

氏名 電線 太郎

記入もれないようにしてください

任意継続資格取得決定事項	被保険者証	記号	番号	資格取得年月日	資格喪失予定年月日	標準報酬月額
		400		令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円
健保組合記入欄	保険料	毎月 円 (標準報酬月額 千円 × 10%)				
	前納	令和 年 月 ~ 令和 年 月 月分				円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月 月分				円

記入しないでください

※の欄は記入しないでください。