

## 任意継続被保険者資格取得申請書

受付印

	申請年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日			888 - 0000		
	在職時記号番号	記号	0	0	0	番号	1111
	氏名	健 保 太 郎					(印)
	生年月日	昭和・平成 〇〇年 4月 1日 ( 〇〇歳)					
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 Tel 〇〇〇( 〇〇〇 )〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1						
在職していた事業所	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1					
	名称	〇〇〇〇株式会社					
被扶養者氏名	生年月日	続柄	被扶養者氏名	生年月日	続柄		
1	昭和・平成 . .		4	昭和・平成 . .			
2	昭和・平成 . .		5	昭和・平成 . .			
3	昭和・平成 . .		6	昭和・平成 . .			
退職時の標準報酬月額	千円	〇〇〇	前年9月末の当組合平均月額	千円	〇〇〇	決定月額	( ) 千円 〇〇〇
保険料金額	〇〇〇〇〇 円	予定資格期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日～ 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
納付方法	当健保が発行した納付書を使用して、金融機関窓口でお振込みください。 三菱東京UFJ 銀行 京橋中央支店 普通 5014898 ハイロケット健康保険組合						
	初年度	<input type="checkbox"/> 毎月納付 <input checked="" type="checkbox"/> 半期前納 <input type="checkbox"/> 通年前納					
	次年度以降	<input checked="" type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 半期前納 <input type="checkbox"/> 通年前納					
給付金振込先	金融機関コード	支店コード	常務理事	審査	担当		
	0 0 0 0	0 0 0					
	フリガナ 〇〇	フリガナ 〇〇					
	〇〇 銀行/金庫	〇〇 支店	任意継続制度の説明・申請受理者				
	普通/当座	No. 0000000					
フリガナ	ケンポ タロウ						
口座名義	健保 太郎						
			<input type="checkbox"/> ワークシェア制度適用者 勤務場所： 所属名：				

※太枠内をご記入ください。