

任意継続被保険者資格取得申請書

受付印	申請年月日	令和 ○年 ○○月 ○○日		8	-		
	在職時記号番号	記号	○○○		番号	○○○○	
	氏名	健保 太郎					
	生年月日	昭和○・平成 ○○年 ○○月 ○○日 (○○歳)					
	住所	〒○○○-○○○○ TEL○○○ (○○○○)○○○ ○○県○○市○○町1-1					
在職していた事業所		所在地	○○県○○市○○町1				
		名称	○○○○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・令和 . . .	4	昭和・平成・令和
2		昭和・平成・令和 . . .	5	昭和・平成・令和
3		昭和・平成・令和 . . .	6	昭和・平成・令和
退職時の標準報酬月額		千円	前年9月末の当組合平均月額		千円	() 千円	
○○○			○○○		決定月額	○○○	
保険料金額		○○○○○円		予定資格期間		令和 ○年 ○○月 ○○日～	
						令和 ○年 ○○月 ○○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UFJ 銀行 京橋中央支店 普通 5014898 ハイロッド健康保険組合						
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
	○ ○ ○ ○		○ ○ ○ ○				
	フリガナ ○○○○		フリガナ ○○○○				
	○○ 銀行/金庫		○○ 支店		任意継続制度の説明・申請受理者		
	普通/当座	No. ○○○○○○○○					
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。