

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 年 月 日	8 -		
	在職時記号番号	記号		番号	
	氏名	Ⓜ			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
	住所	〒 - TEL ()			
在職していた事業所		所在地			
		名称			
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	前年9月末の当組合平均月額	千円	決定月額	() 千円
保険料金額	円	予定資格期間	平成 年 月 日～		
			平成 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。 三菱東京UFJ 銀行 京橋中央支店 普通 5014898 パイロット健康保険組合				
	初年度	<input type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 半期前納 <input type="checkbox"/> 通年前納			
	次年度以降	<input 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
	フリガナ		フリガナ		担当
	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				
口座名義					

※太枠内をご記入ください。

ワークシェア制度適用者
勤務場所：
所属名：