

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				
	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・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	決定月額	() 千円
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 ハイロケット健康保険組合				
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	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					
口座名義					
<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。