

任意継続被保険者資格取得申請書

受付印

	申請年月日	令和〇年〇〇月〇〇日		8	-
	在職時記号番号	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇
	氏名	健保 太郎			
	生年月日	昭和〇・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳)			
	住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1			
資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要			
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	備考	資格確認書発行要否	
1 健保 花子	昭和〇・平成・令和 〇〇.〇〇.〇〇	妻		<input type="checkbox"/> 発行が必要	
2	昭和・平成・令和 . .			<input type="checkbox"/> 発行が必要	
3	昭和・平成・令和 . .			<input type="checkbox"/> 発行が必要	
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 パイロット健康保険組合				
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
	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇			
	フリガナ 〇〇〇〇	フリガナ 〇〇〇〇			
	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. 〇〇〇〇〇〇〇〇			
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。

パイロット健康保険組合 R6.12