

常務理事	事務長	担 当	台帳照合

任意継続者の 記号番号	記 号	番 号	資格喪失の際の 標準報酬月額	千円
	5000			

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失の際の 被保険者証の記号番号		記 号	番 号	フリガナ					男・女					
				氏 名										
資格喪失日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日			生年月日	大・昭 年 月 日 平・令								
資格喪失の際 使用されていた事業所		事業所名												
		所在地												
被 扶 養 者 届	氏 名		性 別	生 年 月 日	続柄	扶養の 理 由	同・別居区分 遠隔地申請書	年間収入額						
			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 要・不要	円						
			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 要・不要	円						
			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 要・不要	円						
			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日			同居・別居 要・不要	円						
給付金の振込口座 *保険料は引き落と しになりません。		コード					預金区分 1.普通 2.当座	口座番号(右詰で記入)						
		カナ名												
		漢字名	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所								
口座名義人(カタカナ)														
保険料の納付方法(どれか一つを選び、その番号に○をつけて下さい。)														
1	毎月ごと		2	6ヶ月前納(年2回)			3	一年前納(年1回)						
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 市光工業健康保険組合理事長 殿 〒 住所 申請者の 氏名 (印) 電話番号 ()														

*記入上の注意

備考欄には資格喪失の日(退職などをした日の翌日)から20日を経過した後に
申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入して下さい。

受付日付印