

〔記入例〕

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 5000	番 号	資格喪失の際の 標準報酬月額	千円
----------------	-------------	-----	-------------------	----

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 1 2 3	番 号 4 5 6	フリガナ 氏 名	イ チ コ ウ タ ロ ウ 市 光 太 郎	男・女 男
資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			生年月日	大・昭 平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日
資格喪失の際 使用されていた事業所	事業所名	× × × × × 株 式 会 社			
	所 在 地	× × × × × 1 - 2 - 3			

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
	市 光 花 子	男・女 女	明・大・昭・平・令 ○年 ○月○日	妻	無職の為	同居・別居 要・不要 要・不要	0円
	市 光 小 太 郎	男・女 男	明・大・昭・平・令 ○年 ○月○日	長男	学生の為	同居・別居 要・不要 要・不要	0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	1	2	3	4	5	6	7	預金区分 1.普通 2.当座	口座番号(右詰で記入)												
	カナ名	イチコウ			イセハラ																	
	漢字名	市 光 銀行 信用金庫 信用組合			伊勢原 本店 支店 出張所																	

口座名義人(カタカナ)	イ	チ	コ	ウ		タ	ロ	ウ							
-------------	---	---	---	---	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

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

〒 000-000

住所 ○○県 ○○市 ○○町 1-2-3

申請者の 氏名 市 光 太 郎

印

電話番号 0 1 2 (3 4 5) 6 7 8 9

*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