

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	健保 太郎				
	生年月日	昭和○・平成 ○○年 ○○月 ○○日 (○○歳)				
	住所	〒○○○-○○○○ TEL○○○ (○○○)○○○ ○○県○○市○○町1-1				
在職していた事業所		所在地	○○県○○市○○町1			
		名称	○○○○株式会社			
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 ハイロッド健康保険組合					
	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	
	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 ○○○○	任意継続制度の説明・申請受理者				
○○ 銀行/金庫	○○ 支店					
普通/当座	No. ○○○○○○○○	<input type="checkbox"/> ワークシェア制度適用者 勤務場所： 所属名：				
フリガナ	ケンポ タロウ					
口座名義	健保 太郎					

※太枠内をご記入ください。