

| | | | | |
|-----|----------|------------|-----|-----|
| | | 決 裁 | | |
| | | 常務理事 | 事務長 | 職 員 |
| 伺 | 令和 年 月 日 | | | |
| 決 定 | 令和 年 月 日 | | | |

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

| | | | | | | | |
|--------------------|----|---------------------|--|-------------|-----------|----|---|
| ① 健康保険被保険者証の記号番号 | | ② 被保険者の氏名・性別 | | 〇〇 太郎 | | 性別 | 男 |
| 記号 | 番号 | ③ 生年月日 | | 昭和 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 〇〇 | 歳 |
| 〇〇 | 〇〇 | | | 平成 | | | |
| ④ 資格喪失年月日 | | ⑤ 個人番号(マイナンバー) | | 千円 | | | |
| 令和 〇〇年〇〇月〇〇日 | | ⑥ 喪失時の標準報酬月額 | | | | | |
| ⑦ 資格喪失の際使用されていた事業所 | | 名 称 | | 株式会社〇〇〇〇〇 | | | |
| | | 所 在 地 | | 東京都〇〇区〇〇町〇〇 | | | |
| ⑧ 資格喪失の際の組合の名称 | | 帝国ホテル健康保険組合 | | | | | |
| ⑨ 退職理由及び所属 | | 定年・その他() 〇〇 部 〇〇 課 | | | | | |
| ⑩ 備 考 | | | | | | | |

上記の通り申請します。

| ※ 資格取得決定事項 | |
|---------------------------------|----------------|
| 記号・番号 | 20- 号 |
| 資格取得年月日 | |
| 資格喪失年月日 | |
| 標準報酬月額 | 千円 |
| 申請者の資格関係について () により確認した。 | 得 喪 標 千円 |

資格取得決定事項欄は記入しないでください。

ご 注 意

- この申請書は、資格喪失の日から20日以内に提出すること。
- ⑩には資格喪失の日(退職した日の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、延滞した事由を記入すること。
- この申請書には、申請者の居住証明(住民票)を添付すること。又、扶養家族を加入する場合も、加入者全員の居住証明(住民票)を添付すること。
- 保険料の納付は、全て「銀行口座自動振替」により納付していただく為、申請時に各人が手続きを行うこと。但し、最初の2ヶ月分は、直接当健康保険組合へ納入のこと。

平成〇〇年〇〇月 〇〇日
〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

申 請 者 の 住 所 千葉県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇

氏 名 〇〇 太郎 銀行登録印 印

電話番号

★ 振込銀行口座

| | |
|-------------------|------------------|
| 金融機関名 | 〇〇〇 銀行 |
| | 〇 〇 支店 |
| 口座番号 | 普通預金NO. 〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| 預金名義人 (本人名義のみ) | 〇 〇 太郎 |