

任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者

申請期限:資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内

記号		番号		勤務していた 会社・事業所				
氏名	フリガナ			生年月日	退職日			
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	令和 年 月 日			
退職後の 住所	〒 -							
電話番号	自宅 - - 携帯 - -			メール アドレス				
資格確認書発行 要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行が必要な場合は <input checked="" type="checkbox"/> の上 資格確認書交付申請書を添付してください							
保険料納付方法	<input type="checkbox"/> 月払い <input type="checkbox"/> 口座振替依頼書を添付		<input type="checkbox"/> 前納 (半年)		<input type="checkbox"/> 前納 (1年)			
同意書	<input type="checkbox"/> 保険料の支払いが納付期限を過ぎた場合は、資格が喪失することに同意します。							
給付金振込口座 (納付方法に関わらず必ずご記入ください)								
金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合		支店コード	支店 本店 出張所	種目	口座番号	フリガナ	
					普通預金			口座名義人
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください								

被扶養者						
フリガナ		続柄	生年月日	居住地	資格確認書発行 要否	
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	発行必要 <input type="checkbox"/>	発行が必要な場合は <input checked="" type="checkbox"/> の上 資格確認書交付申請書 を添付してください
フリガナ		続柄	生年月日	居住地	発行必要 <input type="checkbox"/>	
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	発行必要 <input type="checkbox"/>	
フリガナ		続柄	生年月日	居住地	発行必要 <input type="checkbox"/>	
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	発行必要 <input type="checkbox"/>	

添付書類	<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要な場合 資格確認書交付申請書 <input type="checkbox"/> 納付方法 月払いの場合 口座振替依頼書 <input type="checkbox"/> 配偶者が被扶養者でなく他の家族を扶養する場合 配偶者の収入を確認できる源泉徴収票コピー・公的収入証明コピーなど
------	--

健 保 記 入 欄	記号・番号	9990 -
	資格取得日	年 月 日
	資格喪失日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 申出 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 満了
	標準報酬月額	千円
	備考	

※ 受付日付印

発信者印

026J 古河電工健康保険組合