

常務理事	事務長				保険料確認

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請者	氏名	(フリガナ) デンセン タロウ		男	生年月日	昭和 53 年 11 月 8 日 平成 令和	被扶養者	有 無
		電線 太郎		女				有 無
の	現住所	〒 104 - 0032		電話 090 (0000) 0000		FAX		被扶養者がいる場合は「被扶養者(異動)届」を添付して下さい
		東京都中央区築地9-1		日中連絡が取れる電話番号を記入してください				
資格喪失の際に使用されていた事業所等	被保険者	記号	事	又得年月日	標準報酬月額			
		66	八丁堀電線株式会社	昭和 平成 令和	4 年 4 月 1 日	退職日の翌日を記入してください		
		番号	所在地	資格喪失年月日				
		893	東京都中央区八丁堀5-12-22	令和 6 年 12 月 2 日				
保険料納付方法 (いずれかに○をしてください)		<input checked="" type="radio"/> 銀行振り込み 毎月振り込み <input type="radio"/> 銀行振り込み 前納による一括振り込み				資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

私は、健康保険料を納付期限(当月10日、10日が土、日、祝日の場合は前月末日)までに組合に納めることを了承いたします。万一納付期限までに保険料を納めないときは、資格を喪失されても異存ありません。

令和 6 年 12 月 5 日

氏名 電線 太郎

マイナ保険証を利用しない場合は□にチェックをしてください

記入もれのないようにしてください

※	被保険者		資格取得年月日		資格喪失予定年月日		円
	記号	番号	令和 年 月 日	令和 年 月 日			
任意継続資格取得決定事項	400						
健保組合記入欄	保料	前納	令和 年 月 ~ 令和 年 月 月分				円
			令和 年 月 ~ 令和 年 月 月分				円

※の欄は記入しないでください。