

※任意継続被保険者証		※資格喪失の時の 標準報酬月額
※記号	※番号	
		千円

常務理事	事務長	係

※健保記入欄

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

記入日 年 月 日

フリガナ 申請者 氏名	生 年 月 日		資格喪失の年月日（退職日の翌日）		在職中の保険証の記号・番号			
	昭和・平成 年 月 日		令和 年 月 日		—			
フリガナ 住所	〒 ー 都 道 府 県		固定電話番号 ()		携帯電話番号 ()			
最後に被保険者として 勤務していた事業所	名 称	所在地		任意継続加入後も 勤務する場合	個人番号			
健康保険組合から給付金 等を支給する際の振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口座No. (右ヅメ)	保険料 納付方法	毎月払い ・ 半期分一括 ・ 年度分一括 *保険料の自動引き落とし不可。振り込み手数料各自負担です。		
			1. 普通					
			2. 当座					
申請者 記入 被扶養者 申請	フリガナ 氏 名	性別	続柄	年 号	生年月日	被保険者と同居・別居の別 (別居の場合のみ住所記入のこと)	収入 (年額)	備 考 (下段個人番号)
		男・女		明治・大正 昭和・平成		(同居・別居)	万円	
		男・女		明治・大正 昭和・平成		(同居・別居)	万円	
		男・女		明治・大正 昭和・平成		(同居・別居)	万円	
		男・女		明治・大正 昭和・平成		(同居・別居)	万円	
		男・女		明治・大正 昭和・平成		(同居・別居)	万円	
		男・女		明治・大正 昭和・平成		(同居・別居)	万円	
		男・女		明治・大正 昭和・平成		(同居・別居)	万円	

昭和電線健康保険組合 理事長殿

受付日付印