

〈記入見本〉

常務理事	事務長	係	係	担当者

任 継 番 号	任継 号	喪失時標準報酬月額	千円
取 得 年 月 日		平均標準報酬月額	千円
喪 失 年 月 日		記入不要	千円
任 継 取 得 年 月 日			円
任継喪失予定年月日		上記保険料の適用期間	・ ・ まで
生 年 月 日		被 扶 養 者 数	名

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

社員番号

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	記 号 1	番 号 〇〇〇〇〇	
	資 格 喪 失 の 際 の 健 保 組 合 名	キ ク チ 健康保険組合		
	資 格 喪 失 年 月 日	令 和 1 年 6 月 1 日	退職日 の翌日	
	資 格 喪 失 の 際 の 標 準 報 酬 月 額	— 記入不要 — 千円		
	資 格 喪 失 の 際 使 用 さ れ て い た 事 業 所	名 称	株式会社キクチメガネ	
		所 在 地	名古屋市東区泉 2 - 5 - 5	
	給 付 金 を う け る と き の 希 望 金 融 機 関	三菱UFJ銀行 東支店	預金の種類	口座番号
			当座・普通・総合	〇×〇〇〇
	納 付 方 法	○をつけてください ア. 各月納付 イ. 半期ごと前納 ウ. 12ヶ月前納		
資 格 確 認 書 の 交 付	<input checked="" type="checkbox"/> 希望します			
備 考 欄				

マイナンバーカードを使用
しない場合チェックしてく
ださい。

上記のとおり申請します。

令和 7 年 1 月 20 日

申請者 住所 〒487-8622

春日井市高森台 4-11-1

氏名 菊池 太郎

TEL (0568) 92-7504

キクチ健康保険組合 殿

－ 注 意 事 項 －

- ①被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)
- ②保険料が納期内に納入されない場合、自動的に資格喪失されます。
- ③住所・氏名・扶養家族等に変更があった場合 5 日以内に変更届を提出して下さい。
- ④死亡・再就職等した場合は資格喪失申請書を 5 日以内に提出して下さい。