

〈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 ○○○○○	
	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		
	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
	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。