

| | | | | |
|------|-----|---|---|-----|
| 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 | | 任継決定標準報酬月額 | 千円 |
| 任 継 取 得 年 月 日 | | 保 険 料 月 額 | 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

| | | | | |
|--|----------------------|--|----------|------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号 | 記号 | 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 | 年 月 日 | | |
| | 資格喪失の際の標準報酬月額 | 千円 | | |
| | 資格喪失の際 使用されていた事業所 | 名 称 | | |
| | | 所在地 | | |
| | 給付金をうけるときの 希望金融機関 | 銀行 店 | 預金の種類 | 口座番号 |
| | | | 当座・普通・総合 | |
| | 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 type="checkbox"/> 希望します | | |
| 備考欄 | | | | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
申請者 住所 〒

氏名
TEL

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。