

標準報酬 月額(千円)	任意継続資格取得日			任意継続資格喪失予定日			常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者
	年	月	日	年	月	日					
	平			平							

在職時の
記号・番号

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請日 平成 26 年 10 月 20 日

2 1 被保険者証の記号・番号 9 9 9 0 3 4 0 生年月日 昭和 29 年 10 月 8 日 60 歳
平成

資格喪失年月日 平成 26 年 10 月 16 日 資格喪失の際の標準報酬月額 340 千円

資格喪失の際使用 名称 ○○○○株式会社

申請者
〒 ○○○ - ○○○○
住所 神奈川県秦野市○○○4-3-2
電話 自宅 ○○○ (○○○) ○○○○
携帯 ○○○○○○○○○○○○
フリガナ サイタマ サプロウ
氏名 埼玉三郎 印

被扶養者がいる場合は「被扶養者異動届」を提出してください

保険料の納付方法 (○選択してください)

保険料の納付方法を選んで丸をつけてください。

- ① 毎月払い ② 1年前納 (年1回)

注) 毎月払い：郵便貯金口座から毎月自動引き落とし
1年前納：4月分 (又は任継加入月) ~ 3月分 (年度末) までの年1回払い
6ヵ月前納：4月分 (又は任継加入月) までの年1回払い

給付金の振込先 (郵便)

給付先の口座を指定します。
単月を選ばれた方はゆうちょ銀行をご指定ください
前納を選ばれた場合は、ご指定の金融機関 (ゆうちょ銀行含む) をご

保険給付金払込先		通帳の記号・番号	
フリガナ	サイタマ	通帳記号	通帳番号
通帳名義人	埼玉三郎	1 2 3 4 0	9 8 7 6 5 4 3 1

給付金の振込先 (銀行口座)

銀行名	支店名	店番	口座番号	口座名義
フリガナ	フリガナ			フリガナ
銀行	支店	普・当		

受付日付印