

様

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失年月日		資格喪失の時の標準報酬月額		千円	
資格喪失の際使用 されていた事業所	名称		被保険者記号・番号		
	所在地		平均標準報酬月額	千円	
被保険者証の記号番号 (健保で記入)	99		新標準報酬月額	千円	
任継の資格期間		資格喪失年月日	保険料月額	円	
健保からの給付金の 受取り口座		銀行	支店	介護保険料	円
	普通	No.		合計保険料	円
保険料の納付方法 (選択ください)	1. 毎月振込		2. 前納 (半期・全期)		

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

〒

住所

キッコーマン健康保険組合理事長 殿

(TEL)

(携帯)

(フリガナ)

※申請の期限は資格喪失後20日以内です。

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

H&L希望の有無 どちらかに○印を つけてください	有・ 無
---------------------------------	---------