

常務理事	事務長	係員

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書 兼 確認 通知書

日東電工健康保険組合

被保険者証	記号 番号	2001 00000	現住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇1-1 TEL: 000 - 000 - 0000	氏名	日東 太郎 (印)
資格取得年月日	(昭和)平成 00 年 00 月 00 日		生年月日	(昭和) 00 年 00 月 00 日	被扶養者	(有) 無
資格喪失年月日	(令和) 00 年 00 月 00 日			平成		
資格喪失の際使用 されていた事業所	名称	〇〇株式会社			保険給付金振込先 〇〇 銀行 〇〇 支店 信用金庫 (普通) 当座	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇1-2				
保険料 支払方法	2 回目以降の保険料納付方法について、何れかに○印をして下さい。 (1) 月払納付 (2) 9月分まで前納 (3) 翌年3月分まで前納				口座名義:	日東 太郎 ナ ムツウ タウ
	口座番号:	〇〇〇〇〇〇				
任意継続 被保険者証	記号 番号	2002	資格喪失の際の 標準報酬月額	千円	決 定	千円
保険料月額	円		保 險 料 納 付 期 限	1 回目は、令和 年 月 日までに納付して下さい。 2 回目からは、毎月10日までに納付して下さい。		
任意継続被保険者 資格喪失の時期	資格喪失日 令和 年 月 日		(注) 1. 本申請書は太枠のみ記入し、資格喪失後20日以内に提出して下さい。 2. 被扶養者が有る場合、被扶養者(異動)届を添付して下さい。 3. 保険料を納付期日(毎月10日)までに納付されないときは、自動的に被保険者の資格が喪失されます。			