

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 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. 前納希望 ( ①半期ごと前納 ②12ヶ月前納 )			
※ 備 考				

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名

印

TEL

キクチ健康保険組合

理 事 長 殿

－ 注 意 事 項 －

- ①備考欄には健康保険法第37条の規定による期限（資格喪失の日から20日以内）を経過した後に申請書を提出する場合には遅滞した事由を記入すること。
- 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保険証を添付のうえ資格喪失申請書を5日以内に提出して下さい。