

| | | | |
|------|--|--|-----|
| 常務理事 | | | 担当者 |
| | | | |

健康保険任意継続被保険者取得申請書

マルハニチロ健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

下記のとおり申請いたします。

| | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---------|---------|---------------|-----------------|----------|----------|-----------|--------|
| (新)記号 | 101 | (新)番号 | *(記入不可) | | 被保険者氏名 | | | 性別 | 男 女 |
| 資格喪失時 保険証等記号・番号 | 記号 | 番号 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 令和 | 年 | 月 | 日 | 資格喪失時 標準報酬月額 | 千円 | | | |
| 在籍していた 事業所 | 名称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | |
| 退職後連絡先 | 住民票 住所 | 〒 | - | | | | | | |
| | 居所 | 〒 | - | | | | | | |
| | 自宅TEL | | | | 携帯TEL | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | | | あなたとの続柄 | | | | |
| | 居所 | 〒 | - | | | | | | |
| | TEL | | | | | | | | |
| 資格確認書 発行要否 (希望する場合☑) | <input type="checkbox"/> | 交付希望者氏名 | | 続柄 | 交付希望者氏名 | | 続柄 | | |
| | | | | | | | | | |
| | | 交付希望者氏名 | | 続柄 | 交付希望者氏名 | | 続柄 | | |
| | | | | | | | | | |
| 振込先口座 (本人名義に限る) 銀行名・支店名 預金種類は 該当に○ | | | | 銀行 信用金庫 | | | | 支店 出張所 | |
| | 金融機関 コード | | | 支店 コード | | 預金 種類 | 普通 当座 | | |
| | 口座番号 (右づめ) | | | 口座名義 (か記入) | | | | | |

(注1) * 欄は記入しないで下さい。

(注2) 申請書は資格喪失の日(退職した日の翌日)から20日以内に提出してください。

- ・ 現金給付が発生した場合、当組合より上記口座へお振込みします。
- ・ 振込先がゆうちょ銀行の場合は、通帳のコピー(振込先記号番号が分かるページ)を添付してください。
- ・ 初回保険料は、資格喪失日から20日以内にお振込みください。