

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

東北電力健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

		通知 年 月 日	
本 部	常務理事	事務長	関係者 係

下記のとおり申請いたします。
 なお、保険料納付方法については郵便貯金口座からの自動払込とすることを承諾し、残高不足で払込み不可能になった場合は、被保険者資格喪失となっても異議はございません。

被 保 険 者	任継記号番号		被保険者の氏名			生 年 月 日			性別	任継資格取得予定日			標準報酬月額		現 住 所						
						<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平			<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2	令和			健	千円	フリガナ (〒 - -) TEL - -						
	社員時記号番号		資格喪失時 勤務してい た事業所	名 称			所在地			任継資格喪失予定日			在職中に受診した分の現金給付を振込む銀行口座								
										令和			(ホト)	(ホト)	<input type="checkbox"/> 普通 口座番号 <input type="checkbox"/> 当座						
			被保険者資格喪失月日			資格喪失時の標準報酬月額			任継以前の被保険者資格の得喪			通 帳 記 号		通 帳 番 号 (右からつめてご記入ください。)							
令和 年 月 日		千円			取得 喪失			・ ・			の										
被 扶 養 者	氏 名		生 年 月 日			続柄	該当年月日			性別	同居 別居	別居者の住所									
			元号	年	月		日	年	月			日									
			<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令										<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							
			<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令										<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							
			<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令										<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							

注1. この申請書は、健康保険被保険者の資格を喪失した日から20日以内に提出してください。
 なお、自動払込取扱いに必要な手続きは、あらかじめ郵便局窓口で行ってください。

事業所担当者記入欄	前納希望記入欄 全期 ・ 半期
健保組合記入欄	

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

東北電力健康保険組合理事長 殿

令和 〇〇 年 ×× 月 □□ 日

通知 年 月 日

本 部	常務理事	事務長	関係者	係

下記のとおり申請いたします。
 なお、保険料納付方法については郵便貯金口座からの自動払込とすることを承諾し、残高不足で払込み不可能になった場合は、被保険者資格喪失となっても異議はございません。

被 保 者	任継記号番号	被保険者の氏名		生 年 月 日		性別	任継資格取得予定日	標準報酬月額	現 住 所									
		ケンボ タロウ		<input type="checkbox"/> 大	年	月	日	<input checked="" type="checkbox"/> 男1	令和	健	千円	フリガナ センダイシアオバクホンチョウウイッチョウメ						
		健保 太郎		<input type="checkbox"/> 昭	〇〇	××	□□	<input type="checkbox"/> 女2				(〒 980 - 8550) TEL 022 - 224 - 6335						
				<input checked="" type="checkbox"/> 平								仙台市青葉区本町一丁目××-××						
		社員時記号番号	名称	会津碍子株式会社			任継資格喪失予定日	在職中に受診した分の現金給付を振込む銀行口座										
保 険 者	101-1	資格喪失時勤務していた事業所	所在地	福島県大沼郡会津本郷町字駅前2212番地			令和	(コード)	(コード)	みずほ	銀行	仙台	支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	012345		
									保険料の自動払込及び現金給付の受給の際の郵便貯金口座									
	被保険者資格喪失月日		資格喪失時の標準報酬月額	任継以前の被保険者資格の得喪			通 帳 記 号		通 帳 番 号 (右からつめてご記入ください。)									
令和 〇〇 年 ×× 月 □□ 日		500 千円	取 得	〇〇・××・□□			0 1 2 3 4 の		0 1 2 3 4 5 6 7									
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日		続柄	該当年月日		性別	同居 別居	別居者の住所									
	ケンボ 健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平	〇〇	××	□□	妻			<input checked="" type="checkbox"/> 男1 <input checked="" type="checkbox"/> 女2	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	一郎：東京都港区六本木6丁目××-××							
	ケンボ 健保 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平	〇〇	××	□□	長男			<input checked="" type="checkbox"/> 男1 <input checked="" type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居								
	ケンボ 健保 さくら	<input checked="" type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平	〇〇	××	□□	長女			<input type="checkbox"/> 男1 <input checked="" type="checkbox"/> 女2	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居								
		<input checked="" type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平							<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居								

注1. この申請書は、健康保険被保険者の資格を喪失した日から20日以内に提出してください。
 なお、自動払込取扱いに必要な手続きは、あらかじめ郵便局窓口で行ってください。

事業所担当者記入欄
 健保組合記入欄

前納希望記入欄
 全期 ・ 半期