

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

101 -

※健康保険組合記入欄

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---------|-----|----------------|---|----|-----|
| ①健康保険被保険者証の記号及び番号 | | | フリガナ | | | | | 男・女 |
| | | | ②被保険者氏名 | | | | | |
| | | | ③生年月日 | 昭・平 | 年 | 月 | 日 | |
| ④資格喪失年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ⑤資格喪失の際の標準報酬月額 | | 千円 | |
| ⑥資格喪失の際使用されていた事業所 | 名称 | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | |
| ⑦資格喪失の際の組合の名称 | 日本レストランエンタプライズ健康保険組合 | | | | | | | |
| ⑧保険料の希望納付方法 | 次の中から1つを選んで○印をつけて下さい。 1. 前納（1年分・6ヵ月分） 2. その他（毎月払い） 令和（ ）年度の保険料を上記の方法で納付します。 ※保険料納付書記載の納付期日までに、保険料をご納付いただけなかった場合、資格喪失になります。ご注意ください。 | | | | | | | |
| ⑨給付金等の払渡希望銀行 | (フリガナ) | | | | | | | |
| ※「ゆうちょ銀行」以外の金融機関等をお願いします。 | 銀行 | | | | 支店 | | | |
| | 普通口座番号 | | | | | | | |
| ⑩個人番号 | | | | | - | | | |
| 12ケタの個人番号を上の方の空欄にご記入ください。 また、個人番号通知カードのコピーを、右の方の空欄に貼付して下さいますよう、お願いします。 ※ご家族の被扶養者認定を希望される場合には、この用紙の裏面にご家族の通知カードのコピーを貼付してください。 | | | | 貼付欄 | | | | |

上記のとおり、申請いたします。

令和 年 月 日

日本レストランエンタプライズ健康保険組合理事長 殿

〒 ー TEL ()

申請者の住所

氏名

