様

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失年月日		資格喪失の時の標準報酬月額		千円	
資格喪失の際使用されていた事業所	名 称		被保険者記号･番号		
	所在地	千葉県野田市野田250番地	平均標準報酬月額	千円	
被保険者証等の記号番号（健保で記入）	99		新標準報酬月額	千円	
任継の資格期間		資格喪失年月日	保険料月額	円	
健保からの給付金の受取り口座		支店	子ども・子育て支援金	円	
		（店番）	介護保険料	円	
	普通	No.	合計保険料	円	
保険料の納付方法（選択ください）	1. 毎月振込　　2. 前納（半期・全期）				

上記の通り申請します。

令和　　年　　月　　日

キッコーマン健康保険組合理事長　殿

〒

住 所

(e-mail)　　（携帯）

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

氏　名

生年月日　　昭和・平成　　年　　月　　日生

資格確認書発行 要・否	
H&L希望の有無 どちらかに〇印をつけてください	有・無

※申請の期限は資格喪失後20日以内です。