

日本テレビ放送網健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長	主任	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

○太線枠内にご記入下さい。

記号	番号	氏名	性別	生年月日	資格喪失年月日(退職日の翌日)
		フリガナ	男・女	昭和 年 月 日 平成	令和 年 月 日
マイナンバー(個人番号)				電話番号	自宅 携帯
申請者の住所	〒			FAX番号	
今まで勤務されていた事業所	名称	日本テレビ放送網株式会社		メールアドレス(PC用)	
	所在地	東京都港区東新橋1-6-1			
保険料の納付方法	○で囲んで下さい 一括払い(年度分) ・ 2回払い(半期分) ・ 毎月払い(毎月10日迄に納付)				
給付金等の受取金融機関口座					
金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義	
銀行 信用金庫		普通		フリガナ	

上記の通り申請いたします。

申請日 令和 年 月 日

<事務局記載欄>

任意継続被保険者				扶養届の有無	有・無
記号	番号	資格取得年月日(退職日の翌日)	資格喪失予定年月日(2年後)	標準報酬月額	備考
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円	退職時の標準報酬月額 千円と令和5年9月30日における全被保険者の平均標準報酬月額の7割相当額 790千円との比較により、低い標準報酬月額の 千円となります。

受付日付印