

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 平成	年	月	日	令和	年	月	日		
マイナンバー(個人番号)								電話番号	自宅								
申請者の住所				〒					携帯								
								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)	
資格確認書の発行要否				<input type="checkbox"/> 発行が必要													
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