

常務理事	事務長	担当

プレス工業健康保険組合

任意継続被保険者資格取得申請書

本人記入欄	退職時記号・番号	被保険者氏名	生年月日			退職日			備考欄			
		印	昭和 平成	年	月	日	令和	年	月	日		
	振込指定口座 (高額療養費等、健保からの給付振込先)											
	銀行名			支店名			普通預金口座番号			名義人名(カタカナ)		
	銀行			支店			No					
	被扶養者氏名		性別	生年月日			続柄	住民票住所				
			男女	昭和 平成 令和	年	月	日		〒 -			
			男女	昭和 平成 令和	年	月	日		居所住所			
			男女	昭和 平成 令和	年	月	日		固定電話番号		携帯電話番号	
			男女	昭和 平成 令和	年	月	日					
遅延理由(退職日から21日間を超えて提出された場合に遅れた理由を記入してください)												

健保使用欄	資格取得日:	年	月	日	任意継続記号・番号:	99-				
	適用標準報酬:	千円	喪失時標準報酬:	千円	平均標準報酬:	千円				
	保険料:	月分	一般:	円	調整:	円	介護:	円	子ども:	円
	入金日:	年	月	日	現金	振込	保険料/月:	円		

年 月 日 提出

健保受付印