

健康保険
任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者

申請者 (本人)	氏 名		(フリガナ)							
	生 年 月 日		昭和・平成		年	月	日	性 別	男 ・ 女	
	住民票 住所		(〒 -)							
	居 所		(〒 -) □住民票住所と同じ(記入不要)							
	電 話	- - -			携 帯	- - -				
	メールアドレス									
	配偶者が金庫 職 員 の 場 合		氏 名				所 属			
	資格確認書発行要否		要 ・ 否	要の場合 その理由	☐ マイナンバーカードを持っていない ☐ 保険証利用登録を行っていない ☐ その他()					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

氏 名

以下 健保使用欄

記 号 ・ 番 号	491 -	資 格 取 得 日	昭・平・令	年	月	日
喪 失 年 月 日	令和	年	月	日	喪失時の標準報酬月額	千円

記号・番号 (任継)		493 -		資格取得日	令和	年	月	日
標準報酬	第	級	月 額	円	喪失予定日	令和	年	月 日
健康保険料 (月額)		円 (基本保険料						

任 継 期 間	自 令和 年 月 日	処 理 欄	資格喪失日	令和 年 月 日
	至 令和 年 月 日		喪 失 理 由	就 職 ・ 国 保 ・ 被扶養者 その他(