

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

茨城県農協健康保険組合理事長 殿

記号・番号	170-44		
資格喪失の際勤務 されていた事業所 名称	赤塚農業協同組合		
資格喪失年月日	00	年 4 月	1 日
資格喪失の際の 標準報酬月額	470 千円		

記号		
9	0	0

常務理事	事務長	業務課長	係

介護取得 年月日

※ 被保険者 証の番号	被保険者の氏名	生年月日	性別	年齢	※ 資格取得年月日	※ 標準 報酬月額	保険給付金振込先口座				※ 資格喪失 予定年月日
							コード番号 信連又は農協	コード番号 店舗名	口座 種別	口座 番号	
	(フリガナ) ヤマダ ゴロウ (氏名) 山田 五郎	大3年 月 日 昭50000524	男 2女	歳 60	年 月 日	千円	13670051	0051	1普 2当	999999	年 月 日

被扶養者の氏名	性別	続柄	※ コード	被扶養者の生年月日	同居 別居 の別	※ 扶養開始 の年月日	被扶養者の氏名	性別	続柄	※ コード	被扶養者の生年月日	同居 別居 の別	※ 扶養開始 の年月日
(フリガナ) ヤマダ ハナ (氏名) 山田 花	1男 2女	妻		明大3年 月 日 昭50000813	同居 別居	年 月 日	(フリガナ) (氏名)	1男 2女			明大3年 月 日 昭50000813	同居 別居	年 月 日
(フリガナ) (氏名)	1男 2女			明大3年 月 日 昭50000813	同居 別居	年 月 日	(フリガナ) (氏名)	1男 2女			明大3年 月 日 昭50000813	同居 別居	年 月 日

保険料の額は、資格喪失時の標準報酬月額と当健保組合の全被保険者の前年10月末現在の平均標準報酬月額の、いずれか低い方を基に決定されます。

- (注) 1. 太ワクの中だけ記入して下さい。(※印のついた欄は記入しないで下さい。)
 2. 健康保険給付金の振込先金融機関は、茨城県内の信連又は農協に限ります。
 3. 被扶養者がいる場合は裏面の添付書類一覧をみて必要書類を必ず添付して下さい。
 4. 資格喪失日より20日以内に申請して下さい。この法定期間を過ぎますと、申請書は受理されませんので、ご注意下さい。

上記のとおり申請いたします。 00年 4月 3日

処理印
月 日

受付印 確認印

申請者	住所	〒310-0000 水戸市住吉町9999
	氏名	山田 五郎 (印)
	電話番号	029(999)9999