

常務理事	事務局長	係

任意継続被保険者資格取得申請書

従来の 被保険者等 記号・番号 (注1)	記号 (1 1 4 0) 番号 () 行員番号と同一	被保険者 氏 名	フリガナ	性 別 ☐ 男性 ☐ 女性
資格取得の 年 月 日	*	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日生	
新しい 被保険者等 記号・番号	* 1 1 4 2	住 所 連 絡 先	〒 - TEL : () (注2)携帯 : ()	
取得時の 標準報酬 月 額	* 千円			
資格喪失の際に勤務 していた事業所		名称	株式会社百十四銀行 部店	
		所在地	〒 -	
資 格 喪 失 の 際 の 組 合 名		* 百十四銀行健康保険組合		
資 格 喪 失 の 際 の 標 準 報 酬 月 額		* 千円		
強 制 適 用 加 入 期 間		* 自 : 年 月 日 至 : 年 月 日		
資 格 確 認 書 発 行 要 否		要 ・ 否 要の場合は「健康保険 資格確認書(再)交付申請書・減失届」を提出してください。		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 百十四銀行健康保険組合理事長殿		申請者 氏 名 印		

*印欄は記入不要です。

(注1) 被保険者証の記号・番号に代えて、マイナンバーを備考欄に記載できます。

その場合、個人番号等の書類の添付を要する為、当組合に事前連絡して下さい。

備考欄：

(注2) 毎月の保険料引落とし不能等の連絡に必要ですので、日中繋がる連絡先を記載して下さい。