

常務理事	事務局長	係

## 任意継続被保険者資格取得申請書

従来の被保険者証記号・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 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
資格取得の年 月 日	*	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生	
新しい被保険者証記号・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			
備考	*			
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際に必要ですので、日中繋がる連絡先を記載して下さい。