

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書 (兼 被扶養者申請書)

常務理事	事務長	担当者

被保険者証 記号・番号	* * - * * * * *	被保険者名	コクヨ 太郎		任意継続記号番号 (記入不要)	健保で決定します
生年月日	昭和**年**月**日	年齢	* * *		電話番号	090-1234-5678
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和5年5月1日					
退職時の事業所名	コクヨ株式会社					
所在地	大阪市東成区大今里南6-1-1					
被扶養者	フリガナ氏名	続柄	生年月日	フリガナ氏名	続柄	生年月日
	コクヨ 花子	妻 女	昭和**年**月**日	フリガナ氏名		年月日
	コクヨ 一郎	子 女	平成**年**月**日	フリガナ氏名		年月日
	フリガナ氏名	続柄	生年月日	フリガナ氏名	続柄	生年月日
			大昭平			年月日

上記の通り申請します。

※ゆうちょ銀行「自動払込利用申込書」を添付ください。(申込書は各事業会社の人事総務もしくは郵便局にあります)

令和5年 4月 17日

〒560-0015

住所 豊中市赤坂12-345
氏名 コクヨ 太郎
電話番号 06-6973-9478
メールアドレス taro-k@gmail.com

退職後の連絡先を記入
ください

※太枠内にボールペンではっきりとご記入ください。
 ※「お届け印」欄には、通常貯金のお届け印を押してください。
 ※総合口座通帳を併せて、ご提出ください。
 私は下記の払込金を次により自動払込みによって支払うこととしたいので依頼します。
 私は自動払込み規定及びゆうちょ銀行所定の関係規定に同意の上、申し込みます。
 なお、本申込書は、私に代わって貴行から下記加入者にお届けください。

記入見本



お申込人(口座名義人)	郵便番号 ()	おところ		
	フリガナ	おなまえ		
	日中ご連絡先電話番号	携帯	会社	自宅
	記号番号	記号	番号(8桁未満の場合は右詰めで記入し、その頭部の空欄には「0」をご記入ください)	

お届け印

⚠ 通帳に記載のある方のみご記入ください。

▼お申込みの日から払込みが開始される日までの期間を1か月以上あげてご記入ください。 ▼払込日は収納加入者さまにご確認の上、ご記入ください。

加入者名	コクヨ健康保険組合
口座番号	00980-7-264810

払込金の種別	<input type="checkbox"/> 電気料金 20	<input type="checkbox"/> 住宅使用料 25	<input type="checkbox"/> 授業料等 29	<input type="checkbox"/> 割賦代金 34
	<input type="checkbox"/> ガス料金 21	<input type="checkbox"/> 公庫償還金 26	<input type="checkbox"/> 購読料 31	<input type="checkbox"/> 税金 35
	<input type="checkbox"/> 水道料金 22	<input type="checkbox"/> 育英会返還金 27	<input type="checkbox"/> 年金保険 32	<input type="checkbox"/> 30
	<input type="checkbox"/> 電話料金 23	<input type="checkbox"/> 各種保険料 28	<input type="checkbox"/> 会費 33	

払込開始月 年 月から(※) 払込日 毎月 日 (再払込日 日) 土・日・祝日の場合は翌営業日

※払込開始月のご指定がない場合は、空欄のままご提出ください。
 ▼「ご契約者欄」はお申込人とご契約者の「おところ・おなまえ」が異なる場合にご記入ください。

ご契約者	郵便番号 ()	おところ	
	フリガナ	おなまえ	
	日中ご連絡先電話番号	携帯	会社

注: お申し込み人欄(口座名義人)がご家族の場合「ご契約者」欄にご本人のお名前、お住所を必ずご記入ください。

日附印	印鑑照合	受付
-----	------	----