

高島屋健康保険組合 御中

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書兼保険証受領書

下記の被保険者記入欄（太枠内）を記入捺印してください。

被 保 険 者 記 入 欄	フリガナ <u>タカシマ タロウ</u>	申請印兼保険証受領印	性 別	生 年 月 日	
	氏名 <u>高島 太郎</u> 個人コード (<u>0123456</u>)		<u>男</u> ・女	<u>昭和</u> 平成 <u>00</u> 年 <u>0</u> 月 <u>0</u> 日 (<u>0</u> 歳) *退職（非適雇用切替）時の年齢	
	<u>住所</u>	郵便番号 <u>0000-0000</u> *マンション名もご記入ください	電話（携帯）番号 <u>0000-0000-0000</u>		
		フリガナ <u>マルマルケン マルマルレシ ズルマルチョウ マルマルマンション</u>			
		住 所 <u>00県 00市 00町 123-4 00マンション 00号室</u>			
	給付金振込口座 *被保険者名義の口座のみ	金融機関コード 4桁 (<u>9900</u>)	支店コード 3桁 (<u>418</u>)	*ゆうちょ銀行を指定される場合は、通帳又はキャッシュカードのコピーを添付してください。	
保険料支払方法 *選択される支払方法を○で囲んでください。	1. 前納一括支払		2. 毎月支払い 毎月支払いを選択された方は、『自動払込利用申込書』を提出してください。		
その他（必要な場合のみ）	☐ 「健康保険資格喪失証明書」送付希望する ☐ 「限度額適用認定証」交付を希望する（限度額申請の添付要）				

《事業所（各店）記入欄》

退 職 予 定 確 認 欄	事業所名称 又は高島屋店名		在職時健康保険証 記号－番号	—
	退職説明実施担当者名 退職（予定）確認印	⑩ 連絡先 ☎ (<u>ロズネット・ダイヤルイン</u>)	資 格 喪 失 日 (退職日の翌日) 及び資格喪失事由	<u>令和</u> 年 月 日喪失 (退職日又は切替日: 年 月 日) ☐ 退職（定年・期間満了・その他） ☐ 非適へ切替
	退職時標準報酬月額	千円	被扶養者の有無	☐ 無 ☐ 有（被扶養者届の提出要）

健 保 記 入 欄	記号 <u>79</u>	番号	資 格 取 得 日	令和 年 月 日	納付書 送付日	保険料 振込日	保険証 送付日
	標準報酬 月 額	千円	資格喪失予定日	令和 年 月 日			

受付印