

常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者資格取得申請書

退職時の被保険者記号・番号	記号		番号		資格喪失日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日
退職時に在籍していた事業所									

住所	〒					—				
						TEL	—			
氏名	フリガナ				生年月日	昭	年	月	日	
						平				

【健保給付金受取り口座】

今後、椿本チエイン健康保険組合から給付金を振り込む為の口座です。
(保険料を納付する為の口座ではありません)

給付金の振込希望口座	銀行コード		預金種別	普通・当座
	フリガナ			
	銀行・信託銀行 信用金庫・信用組合		口座番号	
	支店コード		口座名義	本人名義
フリガナ				
本店・支店 出張所				

申請日 令和 年 月 日

椿本チエイン健康保険組合 殿

健保記入欄	退職時標準報酬月額	千円	任意継続 被保険者証	記号	99	番号	
-------	-----------	----	---------------	----	----	----	--

誓 約 書

1. 保険料を納付期限（毎月10日）までに納付しない時は、資格を喪失されても異議ございません。
2. 住所を変更した時は、すぐにお届けしますと共にその他、届け出事項についてご迷惑をおかけしません。

上記事項を誓約いたします。

令和 年 月 日

椿本チエイン健康保険組合 殿

住 所

氏 名