| 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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 退職時の被保険者証 | 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 | 〒　　－<br>TEL　　－　　－ | | |
| 氏　名 | フリガナ | 生年月日 | 昭・平　　年　　月　　日 |

**【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 | 銀行ｺｰﾄﾞ | | 預金種別 | 普通　・　当座 |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |
| | 銀行･信託銀行<br>信用金庫･信用組合 | | 口座番号 | |
| | 支店ｺｰﾄﾞ | | | |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 口座名義 | **本人名義** |
| | 本店 ・ 支店<br>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 | |

【2024.12改訂】

# 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。
3. 継続期間満了の際はすぐに被保険者証を返納いたします。

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

【2024.12改訂】