交付被保険者証			
記号	2000	番号	
交付日	令和　　年　　月　　日		
平均報酬月額	千円	介護保険料	
健康保険料		保険料計	

令和　　年　　月　　日		
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

被保険者証記号・番号			資格取得年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日		資格喪失時の標準報酬月額	千円
資格喪失時の事業所名				

被扶養者	氏名	性別	生年月日	続柄	同・別居
		男・女	年　月　日		同・別
		男・女	年　月　日		同・別
		男・女	年　月　日		同・別
		男・女	年　月　日		同・別
		男・女	年　月　日		同・別

健保給付金等の振込先	銀行名		本支店名	本・支店
	口座番号	普	口座名義人〈カタカナ〉	
保険料納付方法 *希望番号に〇印	1．一括納付（～3月分まで）　2．半期納付（上期・下期）　3．毎月納付			
備考				

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

申請者

住所

電話番号(自宅)　　－　　－

電話番号(携帯)　　－　　－

氏名

生年月日

北海道電力健康保険組合理事長　殿

（注）1．太枠内および申請者の欄のみご記入下さい。
2．被扶養者がいる場合は、別途添付書類が必要となります。
3．振込先の口座名義人欄はカタカナで記入して下さい。
なお、口座確認のため通帳（口座番号・口座名義の判る部分）の写しを添付して下さい。
4．申請者の電話番号は、自宅のほか、緊急連絡先として携帯の番号も記入して下さい。
5．退職後に申請者の住所・電話番号・氏名に変更予定がありましたら、備考欄に変更日および変更後の住所・電話番号・氏名を記入して下さい。