

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 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
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○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	◆退職後の住所・電話番号・氏名に変更予定がある場合は、備考欄に変更日および変更後の郵便番号・住所・電話番号・氏名を記入して下さい。			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

住 所

申請者

電話番号(自宅)

—

—

電話番号(携帯)

—

—

氏 名

生年月日

昭和・平成

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電話の番号も記入して下さい。