

常務理事	事務長	担当	担当
------	-----	----	----

任意継続被保険者資格取得申請書

黒枠内はすべてご記入いただき、
記入漏れの内容にお気をつけください。

GE健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請します

資格喪失時の記号・番号	〇〇〇〇	〇〇〇〇
資格取得の年月日	平成 28 年 4 月 1 日 令和	
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 1 年 6 月 1 日	
資格喪失時の 事業所 事業所	事業所 名称 GEジャパン株式会社	
	所在地 東京都港区赤坂5-2-20赤坂パークビル	
(銀行名・支店名 フリガナ)	ミツイスマイトモギンコウ イイダバシシテン	
給付金等振込指定先	三井住友 銀行 飯田橋 支店 普・当	No.〇〇〇〇〇〇〇
保険料納入指定区分	1. 毎月ごと	2. 半年分前納 3. 1年分前納
保険料誓約書	<p>私は、任意継続被保険者資格にかかる保険料について、遅延なく納めることを、ここに誓約します。万一、保険料の納付が遅延し、指定された納付期限のときは、納付期限の翌日から任意継続被保険者資格を喪失させることに同意するとともに、ただちに被保険者証を返却します。</p> <p>被保険者氏名 健保 太郎</p> <p>〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 自宅 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 携帯 〇〇〇 (〇〇〇〇〇) 〇〇〇〇</p> <p>(フリガナ) ケンポ タロウ 氏名 健保 太郎</p> <p>生年月日 大正 昭和 平成 55 年 8 月 31 日 (38) 歳 性別 男 女</p> <p>メールアドレス 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇. 〇〇. 〇〇</p>	

保険料誓約書をご一読いただき、
同意の上で 押印 及び
ご申請をお願いいたします。

健保 印

健保 印

< 健保使用欄 >

資格喪失時の 標準報酬月額	千円	決定月額	千円
任意継続被保険者証 記号・番号	※	※	
喪失予定年月日	※ 令和	年	月 日

受付日付印