

高島屋健康保険組合 御中

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書兼保険証受領書

--	--	--

下記の被保険者記入欄（太枠内）を記入捺印してください。

被 保 険 者 記 入 欄	フリガナ	申請印兼保険証受領印	性別	生 年 月 日	
	氏名	印	男・女	昭和 平成 年 月 日	
	住所	郵便番号 — *マンション名もご記入ください	フリガナ	電話（携帯）番号 — —	住 所
	給付金振込口座 *被保険者名義の口座のみ	金融機関コード 4桁 ()	支店コード 3桁 ()	* ゆうちょ銀行を指定される場合は、通帳又はキャッシュカードのコピーを添付してください。	
	保険料支払方法 *選択される支払方法を○で 囲んでください。	1. 前納一括支払	2. 毎月支払い	毎月支払いを選択された方は、 『自動払込利用申込書』を提出してください。	
	その他（必要な場合のみ）	<input type="checkbox"/> 「健康保険資格喪失証明書」送付希望する <input type="checkbox"/> 「限度額適用認定証」交付を希望する（限度額申請の添付要）			

《事業所（各店）記入欄》

退 職 予 定 確 認 欄	事業所名称 又は高島屋店名		在職時健康保険証 記号—番号	—
	退職説明実施担当者名 退職（予定）確認印	㊟	資格喪失日 (退職日の翌日) 及び資格喪失事由	平成 年 月 日喪失 (退職日又は切替日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 退職（定年・期間満了・その他） <input type="checkbox"/> 非適へ切替
	退職時標準報酬月額	千円	被扶養者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（被扶養者届の提出要）

健 保 記 入 欄	記号	番号	資格取得日	平成 年 月 日	納付書 送付日	保険料 振込日	保険証 送付日
	標準報酬 月 額	千円	資格喪失予定日	平成 年 月 日			

受付印

--