常務理事	事務長	担当

任意継続被保険者資格取得申出書

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合理事長　　殿

下記のとおり、申し出ます。

資格喪失時の記号・番号		○	○○○○○○○		
資格取得の年月日		平成 ・ 令和　26 年　4 月　1 日			
資格喪失の年月日 （退職日の翌日）		令和　1 年　5 月　1 日			
資格喪失時の標準報酬月額		※　　千円	決定月額	※　　千円	
資格喪失時の事業所	事業所名称	○○○○○○○○			
	所在地	神奈川県藤沢市桐原町1番地			
給付金等振込指定先		三井住友 銀行　飯田橋 支店	普・当	No. ○○○○○○○	
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

私は、任意継続被保険者資格にかかる保険料について、その納付額を指定された納付期限までに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　　と
きは、納付期限の翌日から任意継続被　　ち
に資格確認書を返却します。

資格確認書の発行が必要な場合には、☑を付してください。
（マイナ保険証を利用される場合は記入不要です）

被保険者氏名　健保　太郎

申出者の住所	〒 ○○○ - ○○○○ 神奈川県○○市○○町1-1-1 自宅 ○○○ （ ○○○ ）○○○○ 携帯 ○○○ （ ○○○○ ）○○○○		資格確認書発行要否 □ 発行が必要
（フリガナ） 氏名	ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ 健保　太郎		
生年月日	昭和・平成　51 年　7 月　31 日（ 37 ）歳	性別	男・女
メールアドレス	○○○@○○○○.○○.○○		

在職中のときと扶養家族が同じ場合はその氏名を記入してください。
尚、新規に扶養家族となる方がいる場合には別途「被扶養者異動届」を提出してください。

被扶養者氏名（フリガナ）	性別	続柄	生年月日		資格確認書発行要否
ｹﾝﾎﾟ　ﾊﾅｺ 健保　花子	1. 男 2. 女	妻	昭和 平成 令和	50年　8月　31日	□ 発行が必要
	1. 男 2. 女		昭和 平成 令和	年　月　日	□ 発行が必要
	1. 男 2. 女		昭和 平成 令和	年　月　日	□ 発行が必要

（注）扶養削除となる方がいる場合は、別途「被扶養者異動届」を提出してください。
※印の欄は、記入しないでください。

任意継続被保険者等 記号・番号	※	※
喪失予定年月日	※　令和　年　月　日	

受付日付印