

任意継続被保険者資格取得事前申出書

私は、任意継続被保険者資格取得を申し出いたします。

| | | | |
|------------------------------|------------------------------------|-------|--|
| 保険証記号 | | 保険証番号 | |
| 氏名 | | | |
| 退職年月日 (予定) | 令和 年 月 日 | | |
| 保険料前納制度 (一括払い)の 希望について | 希望あり ・ 希望なし * いずれかに○を付けてください。 | | |
| 連絡先 | — — * 常に連絡のとれる携帯電話等の番号をご記入ください。 | | |
| 退職後の住所 (納付書の送付先) | 〒 — | | |
| 申出年月日 | 令和 年 月 日 | | |

保険証記号 5000 番未満の事業所
FAX : 03—3634—0428

保険証記号 5000 番以上の事業所
FAX : 075—255—5165

* 送信誤りのないよう、Fax 番号をお確かめのうえ、ご送信ください。