

住所	〒 -	部 長	課 長	扱	互助会確認
氏名	⑩	連絡先	自宅 ()	-	
		携帯 ()	-		
		生年月日	大・昭・平	年	月 日

任意継続被保険者資格取得申請書

北農健保組合互助会(加入・未加入)申請書

(どちらかに○印をつけてください)

別添の任意継続加入要領(資格取得要件・扶養認定基準)を確認のうえ申請願います。

記 号・番 号	-	事業所名称																					
資格取得年月日	昭・平 年 月 日	標準報酬月額	千円																				
資格喪失年月日	平成 年 月 日	退職後の収入額(雇用保険・年金他)	円																				
任意継続保険料支払方法	*希望方法に○印をつけてください 1. 単月支払 ⇒ 毎月10日までに個人で納入 2. 半年前納 ⇒ 資格取得月の翌月から9月まで、以後6ヵ月ごとの前納 (翌月が10月以降の場合は3月まで、以後6ヵ月ごとの前納) 3. 一年前納 ⇒ 資格取得日の翌月から当該年度の3月まで 以後12ヵ月ごとの前納																						
給付金振込先金融機関	北海道信連 農協 銀行 信金	本所 本店 支店 支店	<table border="1"> <tr> <td>銀行コード</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>支店コード</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">口座番号</td> </tr> <tr> <td>(普)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	銀行コード					支店コード					口座番号					(普)				
銀行コード																							
支店コード																							
口座番号																							
(普)																							
被扶養者加入	あり・なし (どちらかに○印をつけてください) 被扶養者ありと回答した方は、再審査によって認定しますので、被扶養者異動届(適3)、被扶養者調査書(適5)に、必要書類(様式1 裏面の「被扶養者の認定について」参照)を添付のうえ申請してください。																						

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿
 北海道農業団体健康保険組合互助会理事長 殿