

住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	部長	課長	扱	互助会確認
氏名		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申請書

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(雇用保険等も含む)	円																				
任意継続保険料支払方法	<p>*希望方法に○印をつけてください。</p> <p>1、単月支払 ⇒ 毎月10日までに個人で納入</p> <p>2、半年前納 ⇒ 資格取得月の翌月から9月まで、以後6ヶ月ごとの前納 (翌月が10月以降の場合は3月まで、以後6ヶ月ごとの前納)</p> <p>3、一年前納 ⇒ 資格取得月の翌月から当該年度の3月まで 以後12ヶ月ごとの前納</p>																						
給付金振込先金融機関	北海道信連 農協 銀行 信金	本所 支店 支店 支店	<table border="1"> <tr> <td>銀行コード</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>支店コード</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">口座番号</td> </tr> <tr> <td>(普)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	銀行コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	支店コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	口座番号					(普)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
銀行コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
支店コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
口座番号																							
(普)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
互助会加入	<p>加入 ・ 不参加加入 (どちらかに○印をつけてください)</p> <p>資格取得月から当該年度分を指定期日までに一括納入となります。指定期日までに納入されない場合、互助会加入は認められません。</p>																						
被扶養者加入	<p>あり ・ なし (どちらかに○印をつけてください)</p> <p>なお、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)、被扶養者調査者(適5)の他に申請書類が必要です。関係書類(様式1-②裏面参照)を添付のうえ申請してください。</p>																						

見
本

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