

【書類送付先】※受付は郵送のみ

株式会社イーウェル 健保BPOセンター
ヒロセ電機健康保険組合担当
〒550-0002
大阪市西区江戸堀1丁目23-37
CAMCO肥後橋ビル4階

常務理事			担当

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

提出日： 年 月 日

資格喪失時の 記号番号	—	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
従業員番号			年 月 日生		
申請者氏名	(フリガナ)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
退職後の連絡先	〒 — (退職後1か月以内に転居予定の場合は、転居後の住所をこちらに記入してください) 転居予定日： 年 月 日 〒 — 携帯電話番号： メールアドレス（個人用）：				
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年 月 日				
振込先金融機関口座 (健康保険組合から 給付金等を振り込むた めの口座)	金融機関コード： <input type="text"/>		銀行	本店・支店	
	普通	口座NO. (左つめ)		支店コード： <input type="text"/>	口座名義 (カタカナ)
保険料納付方法の 選択	<input type="checkbox"/> 毎月払い（初回納付期限は定められた日まで。2回目からは毎月10日までに納付） <input type="checkbox"/> 全期前納払い（4月分～翌年3月分） <input type="checkbox"/> 半期前納払い（4月分～9月分・10月分～翌年3月分） ※全期前納と半期前納では、年利4%の複利現価法による割引があります。				
被扶養者の有無	<input type="checkbox"/> 有 () 人 ・ <input type="checkbox"/> 無		退職前にすでに認定されている被扶養者を、引き続き加入させる場合は、左記の「有」に✓と人数を記入し、別途「被扶養者異動届」を提出してください。 この場合、「被扶養者現況調査書」および添付書類は省略可能です。 ※新たに被扶養者を追加する場合は省略できません。		

記入方法や、制度についてのご質問は、こちらの問い合わせ先までご連絡ください。

【問い合わせ先】

株式会社イーウェル 健保BPOセンター
ヒロセ電機健康保険組合担当
Email : hirosekenpo-bpo@ewel.co.jp

(以下、健保BPOセンター記入欄)

資格喪失時の標準報酬月額	千円	任継記号番号	—
初回納付書送付年月日	年 月 日	送付枚数	枚
保険料	円	初回保険料納付期限	年 月 日
(基本保険料	円	特定保険料	円
(介護保険料	円)	調整保険料	円)

受付日付印