

任意継続取得前保険料通知依頼書

大同特殊鋼健康保険組合 行き

常務理事	事務長	統括	担当

令和 年 月 日 提出

① 被保険者証の 記号及び番号	記号		番号	
② 被保険者氏名				
③ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日			
④ 資格喪失時の 平均報酬月額	円	④ 資格喪失時の 標準報酬月額	千円	
⑤ 認定被扶養者の 変更	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり(申請しない被扶養者 氏名)			
⑥ 備考				

※ 通知書は退職日の20日～30日前に発行します。

※ 月額変更届、算定基礎届の提出予定をご確認のうえ喪失時の標準報酬月額を記入してください。

※ 電子申請(kw21-Connect)でご申請いただけます。後日原本の提出は不要です。

受付日付印

事業所記号【 】

事業所名

(担当者:)