

本部決裁		
常務理事	事務長	係

受付	年	月	日
決定	年	月	日

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※ 任意継続被保険者	記号	番号	※印太枠内は記入しないで下さい。		
① 資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	番号	② 被保険者の氏名	フリガナ	性別 男・女
			③ 生年月日	昭・平・令	年 月 日
④ 資格喪失の年月日 (西暦の場合は4桁で記入)	年	月	日	⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円
⑥ 資格喪失の際使用されていた事業場の	名称				
	所在地	東京都品川区東五反田2-18-1			
⑦ 資格喪失の際の健康保険組合の名称	東洋製罐健康保険組合				
⑧ 医療給付金等の受取先銀行口座	銀行	支店	普通	口座番号(右詰めで記入)	
				[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
⑨ 保険料納付方法 ※何れか選択	<input type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 前納(通年) <input type="checkbox"/> 前納(半期)				
⑩ 備考	資格喪失の日(退職などした日の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合、遅滞した事由を記入すること				

上記のとおり申請します。

年 月 日

東洋製罐健康保険組合理事長殿

〒 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

住 所 _____

申請者の

氏 名 _____ 印

日中連絡先となる電話番号・メールアドレス・FAX番号
