## 本部決裁 【記入見本】 常務理事 事務長 係 資格情報のお知らせ 令和6年8月31日発行 東洋製纖健康保険組合 受 付 年 月 В 保険者番号: 記号 XXXX 番号 XXXXXXX (枝番) 00 定 年 月 決 $\boldsymbol{\mathsf{H}}$ 東罐 見本 受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です 健康保険任意継続被保険者資 任意継続 記号 番号 ※印太枠内は記入しないで下さい。 Ж 被保険者 被保険者の フリガナ トウカン イチロウ 男 資格喪失時 性 **(2**) の健康保険 別 氏名·性別 東罐 一郎 女 ① 被保険者の 記号 $\times \times \times \times$ 番号 $\times \times \times \times$ 記号及び番 ③ 生年月日 昭平令 ××年××月××日 退職日の翌日 資格喪失の年月日 資格喪失時の R ××年××月××日 (5) 千円 記入不要 (西暦の場合は4桁で記入) 標準報酬月額 資格喪失時 東洋製罐株式会社 名 称 **6**) 勤務先名 所在地 東京都品川区東五反田2-18-1 資格喪失時 $\overline{7}$ 東洋製罐健康保険組合 健康保険組合の名称 \_\_\_\_\_ 口座番号(右詰めで記入) 医療給付金等の (8) 鶴見 横浜 支店 受取先銀行口座 銀行 保険料 納付方法 **9** 前納(通年) • 前納(半期) 毎月納付 ※何れか選択 ⑩ 資格確認書の発行 必要 **※**必 ₩を記入 考 備 (10)資格確認書が必要な場合は 保険料の納付方法を選択してください。 ✔を記入してください。 次年度以降もここで選択された納付方法になります。 次年度以降変更される場合は健保組合までご連絡ください。 資格喪失の日(退職などした日の翌日) 保険料を毎月納付 •毎月納付 す。 から20日を経過した後に申請書を提出 ・前納(通年) 取得月の翌月~取得年度の3月分まで一括納付 する場合遅滞した事由を記入してください ・前納(半期) 4~9月分前期、10~3月分後期の2回に分けて納付 R××年××月×× ※取得月の翌月が該当する月の保険料~前期・ 退職日の翌日以降の日付けを記入 後期に分けて納付 和暦の場合は年号「R5」と記入 西暦の場合は「2023」と4桁で記入 **划罐健康保険組合理事長殿** 退職後(任意継続加入後)に住まう住所 平日・日中に健保から貴殿に連絡する場合 ᆕ 健保からの郵送物が確実に届く住所を記入 の連絡先を一つ以上、記載してください。 神奈川県横浜市\*\*\*\*\*\*\* 住 •電話(自宅/携帯) ・メールアドレス •FAXの場合は 名 印 氏 東罐 一郎 (FAX)045-1111-\*\*\*\* とFAXを明記してください 日中連絡先となる電話番号・メールアドレス・FAX番号 郵送物、医療給付費ペイバック等に関する 045-\*\*\*-\*\* tokan-mihon@kenko.com