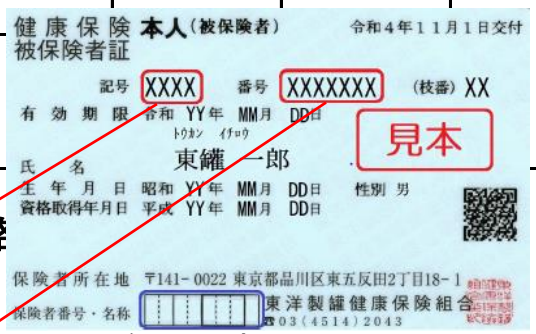
【 記入見本 】

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

※ 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・性別	フリガナ トウカン イチロウ 東罐 一郎	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）	R ××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	東洋製罐株式会社 横浜工場						
	所在地	東京都品川区東五反						
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	横浜 銀行 鶴見 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	・毎月納付	・前納（通年）	・前納（半期）					
⑩ 備考								

退職日の翌日

勤務されていた事業所名、出向者の方は出向されていた出向先名を記入ください。

保険料の納付方法を選択してください。
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。
・毎月納付　保険料を毎月納付
・前納（通年）　取得月の翌月～取得年度の3月分まで一括納付
・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
※取得月の翌月が該当する月の保険料～前期・

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してください

退職日の翌日以降の日付けを記入
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

R××年××月××日

東洋製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
健保からの郵送物が確実に届く住所を記入

住　所　神奈川県横浜市＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

者の

氏　名　東罐 一郎　印

日中連絡先となる電話番号・メールアドレス・FAX番号

045-＊＊＊-＊＊＊＊　tokan-mihon@kenko.com

平日・日中に健保から貴殿に連絡する場合の連絡先を一つ以上、記載してください。

・電話（自宅/携帯）
・メールアドレス
・FAXの場合は
（FAX）045－1111－****
とFAXを明記してください

郵送物、医療給付費ペイバック等に関する問合せをさせていただく時の連絡先です

2023.3