

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	主 任	係

※強制適用年月日	昭・平・令 年 月 日	※記入しないでください
※任意継続被保険者証 記号・番号	999 -	※標準報酬月額決定額 千円

資格喪失時の健康保険 被保険者証の記号・番号	—	生年月日 (和暦)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	資格喪失時の 標準報酬月額	千円	被扶養者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が 必要
最後に被保険者として 使用されていた事業所の	名 称					
	所 在 地					
資格喪失時の 健康保険組合名	東京都信用金庫健康保険組合					
保険料前納払い希望の 有・無	<input type="checkbox"/> 有	1. 資格取得月の翌月から3月分まで前納(年1回払い)				
	<input type="checkbox"/> 無	2. 資格取得月の翌月から9月分まで前納 10月分から翌年の3月分まで前納(年2回払い)				
	<input type="checkbox"/> 無	資格取得月から3月分までの毎月払い ※ 納付書 年 月分迄交付済				
現住所 (居所)	〒	—	保険給付金等を受取るための口座 (振替口座ではありません)			
			金融機関名		〈コード番号〉	
現住所(居所)と住民票上の住所が異なる <input type="checkbox"/>						
フリガナ			※申請書と住民票上の 字が異なる場合は 申請書の字を登録し ます。			
氏 名			支店名		〈コード番号〉	
個人番号						
電話番号	自宅	口座番号				
	携帯					
	日中の連絡先					

上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日

受 付 印

係	処 理

- 1 任意継続被保険者の加入申請期限は被保険者の資格を失った日から20日以内です
- 2 保険料の基礎となる標準報酬はあなたの退職時の月額と前年9月末の組合の平均額とを比べて低い額で決定されます
- 3 初回の保険料は納付書が届きましたらお振込みください
- 4 被扶養者のいる方は被扶養者異動届も必要です
- 5 住民票を必ず添付してください
- 6 個人番号は必ず記載してください
- 7 書類に不備や不足等がある場合は返送する場合があります