

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

専務理事	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	主任	係

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
 2 日以内です
 3 被扶養者の標準報酬月額と前年9月末の組合平均の額を比較して、被扶養者の標準報酬月額があなたに加入するに
 3 被扶養者の標準報酬月額があなたに加入するに

強制適用年月日	昭・平・令 年 月 日						
任意継続被保険者証の記号・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	性別	資格喪失時の満年齢		被扶養者の有無	有・無
		昭・平 年 月 日	男・女				
資格喪失年月日	令和 年 月 日	資格喪失時の標準報酬月額		千円			
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	有	1. 資格取得月の翌月から3月分まで前納		10月分から翌年の3月分まで前納			
	無	2. 資格取得月の翌月から9月分まで前納		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			

上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日

【あなたが保険給付金等を受取るための口座】

現住所	〒	金融機関名	〈コード番号〉
氏名		支店名	〈コード番号〉
電話番号	自宅	口座番号	
	携帯		

〔お願い〕 上記太枠内のみ必ずご記入ください。

係	処 理

受 付 印