

# 健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者

※ 住民票(被保険者及び被扶養者全員)は、必ず添付してください。

書類提出先:健康保険組合

提出期限:被保険者の資格を失った日(退職日の翌日)から20日以内(健保必着)

[太枠内を記入してください]

提出日 令和 年 月 日

氏名				昭・平	年	月	日生
現住所	〒 ー						
TEL	ー ー						
携帯電話:	ー ー						
メールアドレス:							
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	資格喪失時保険証等記号・番号	記号	番号
退職時に勤務 していた会社	名称					在職中の 社員コード	
	所在地						

被扶養者について

氏名	続柄	生年月日	性別	職業または 学年	年間収入見込	年金受給の有無	同居・別居の別
		昭・平・令 年 月 日	男・女		円	有・無 ( 円)	同居・別居
		昭・平・令 年 月 日	男・女		円	有・無 ( 円)	同居・別居
		昭・平・令 年 月 日	男・女		円	有・無 ( 円)	同居・別居
		昭・平・令 年 月 日	男・女		円	有・無 ( 円)	同居・別居

いずれかに○をつけてください。

保険料納付方法	月払い ・ 前納	月払い……1ヶ月分の保険料を毎月、指定の銀行に振り込む方法。 前納……今年度分をまとめて指定の銀行に振り込む方法。割引あり。
---------	----------	---

健康保険給付金等の振込先

銀行・支店名	銀行(銀行コード )	店(店コード )
フリガナ	口座番号	普・当
口座名義		

※※※ 以下、健康保険組合記入欄 ※※※

※喪失前の資格確認			※任意継続の資格決定		
資格取得	昭・平・令 年 月 日		資格取得	令和 年 月 日	
資格喪失	令和 年 月 日		満了予定	令和 年 月 日	
標準報酬月額	千円		記号番号	1001-	標準報酬月額 千円

【注意事項】

受付日付印

- ※の欄は記入しないでください。
- 必要書類を添付して提出してください。(フローチャートに従って必要書類をご確認ください)

書類提出先:(郵送)〒183-8705 東京都府中市住吉町2-30-7 東京エレクトロン健康保険組合

(社内便)府中 健康保険組合

東京エレクトロン健康保険組合