

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

〈 注 意 〉

◎この申請書は資格喪失の日から20日以内に申請してください。
◎家族のいる場合は被扶養者異動届を提出してください。
◎※欄には記入しないでください。

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険任意継続被保険者記号番号				記 号		6 0 0 0			番 号		※	
フリガナ						性 別	男 1 女 2	生 年 月 日	昭 1 平 2 令 3	年 月 日		
申請者の氏 名												
フリガナ						電 話 番 号	自 宅 携 帯	()				
住 所		〒						()				
資 格 取 得 年 月 日			資 格 喪 失 予 定 年 月 日			標 準 報 酬 月 額		一 般 保 険 料		※ 円		
※ 年	月	日	※ 年	月	日	※ 千円	調 整 保 険 料		※ 円			
							介 護 保 険 料		※ 円			
							合 計		※ 円			

資格喪失の際、使用されていた事業所		名 称					
		所 在 地					
健康保険被保険者等の記号番号		一		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		保険料納付方法		毎月納付・前納(半期)・前納(全期)	
資格喪失時の健康保険組合名称		東京文具販売健康保険組合					
備 考						受付日付印	

上記のとおり申請します。令和 年 月 日 提出