

常務理事	事務長	部長	課長	係長	経理	係

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

〈注意〉

◎ ◎

※印欄には記入しないでください。  
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。

東京文具工業健康保険組合

健康保険任意継続被保険者記号番号		記号	9999		番号	※			
フリガナ			性別	男 1	生年月日	昭和 5	年	月	日
申請者の氏名				女 2		平成 7	.....	.....	.....
住民票上の住所	〒 -					電話番号			
						(日中連絡のつく番号をご記載ください。)			
住民票上の住所と異なる居住所	住民票上の住所と居住所が同じ場合 右の口に✓	〒 -		マイナ保険証の登録状況に応じて、対象の方に「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」のいずれかを発行いたします。					
勤務されていた事業所名称					被保険者記号番号	-			
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	※ 千円			
保険料の納付方法 (納付方法を○で囲んでください。)		① 毎月納付    ② 1年単位で前納(3月分迄)    ③ 半年単位で前納(9月分または3月分迄)							
<p>注) ・ 納付書に記載の期日までに初回納付の入金が無い場合、任意継続資格の取消となります。</p> <p>・ 任意継続資格取得月の翌月に手続きされた場合や、任意継続資格取得日が休日だったために手続きが翌月になってしまう場合などは、前納制度をご利用できませんので、ご注意ください。</p>									
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

任意継続被保険者用  
給付金受領口座設置届

東京文具工業健康保険組合 殿

住所

氏名

電話 ( )

第 号

フリガナ			
振込先銀行名	銀行		支店
預金種別口座番号	普通・当座	番 号	
フリガナ			
口座名義			
備考			

\*任意継続を申請する場合にご提出してください。

健康保険料の口座振替は行っておりません。