

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

常務理事	事務長			係

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名		男・女	
記号・番号			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	資格喪失の際の 標準報酬月額	千円
資格喪失の際 使われていた 事業所	名称					
	所在地					
郵便通帳の記号及び番号	通帳記号				通帳番号(右からつめて記入)	
					の	
保険料の納付方法 (○で囲んで下さい)	1. 各月払					
	2. 前納払		ア. 半年分割 (4月~9月・10月~3月)			
			イ. 1年払 (4月~3月)			

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

トピー健康保険組合理事長 殿

(〒 - )

住所

氏名

電話番号 ( )

住所変更 有 ・ 無

(注) この申請書は、資格喪失日から20日以内に提出しないと無効になります。

- ※ ・郵便番号は7桁で記入する。
- ・住所は都道府県名より記入し、集合住宅の場合は名称、号数も記入する。
- ・電話番号は市外番号より記入する。
- ・住所変更の有無を○で囲む。

受付日付印