

【記入例】

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	健保 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女								
記号・番号	000	00000	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	00年 00月 00日								
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 00年 00月 00日			資格喪失の際の 標準報酬月額 000千円									
資格喪失 の際使 された 事業所	名称	0000株式会社											
	所在地	00県00市00町1											
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)							
	0	0	0	0	0	の	0	0	0	0	0	0	0
保険料の納付方法 (○で囲んで下さい)	1. 各月払												
	<input checked="" type="radio"/> 2. 前納払												
	ア. 半年分割 (4月~9月・10月~3月) <input checked="" type="radio"/> イ. 1年払 (4月~3月)												

上記の通り申請します。

令和 00年 00月 00日

トピー健康保険組合理事長 殿

(〒 000 - 0000)
住所 00県00市00町1-1-1

氏名 健保 太郎

電話番号 000 (000) 0000

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