

受付	年 月 日
決定	年 月 日

決 裁		
常務理事	事務長	扱者

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	番号	②被保険者の氏名・性別		性別	男・女
			③生年月日		年 月 日	
④資格喪失の年月日		年 月 日	⑤資格喪失の際の標準報酬月額		千円	
⑥資格喪失の際使用されていた会社(事業所)	名称					
	所在地					
⑦資格喪失の際の組合名称		東京計器健康保険組合				
⑧療養附加給付等の振込口座	金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合		支店	
	口座番号		口座名義			
⑨備 考						

上記のとおり申請します。なお、この書面に記載する個人情報を保険組合が公表している利用目的のために取得・利用・第三者提供することに同意いたします。

年 月 日

健康保険組合理事長殿

〒  
.....  
住 所  
.....  
電話番号  
.....  
氏 名(申請者) ㊟  
.....

所 属 名  
.....  
職場の電話番号  
.....

**記入上の注意**

- ①には退職する前の健康保険証の記号番号を記入すること。
- ④には退職日の翌日を記載すること。
- ⑥には退職する前に勤務していた会社名、住所を記入すること。(本社のことで工場・営業所名とは異なる)
- ⑨には資格喪失の日(退職の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。

□規則第15条関係□