

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

申請者記入欄(太枠のみ記入してください。) 記入年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

この届出書に記入の個人情報「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」において利用し、第三者には提供いたしません。

この申請は、退職日の翌日から二十日以内に提出してください。

保険証の記号・番号 (在職時)		記号 ○ ○ 番号 ○ ○ ○	事業所名称(在職時)		○○株式会社		
申請者氏名	フリガナ	トウシヨク タロウ		退職年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
		東食 太郎		性別	男 ・ 女		
				生年月日	昭 平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ ○ 歳)		
住所および 電話番号	〒○○○-○○○○ 東京都台東区東上野○-○-○ 電話 ○○ (○○○○)○○○○						
※ 被扶養者がいる場合は、記入してください。新たに追加される場合は、「被扶養者異動届」が別途必要です。							
氏 名	性別	生年月日	続柄	氏 名	性別	生年月日	続柄
東食 花子	男・女	昭・平・令 ○・○・○			男・女	昭・平・令	
	男・女	昭・平・令			男・女	昭・平・令	
	男・女	昭・平・令			男・女	昭・平・令	
※ 退職の理由は 1. 自己都合退職 2. 定年退職 3. その他()							
※ 国民健康保険料を確認していただき、比較されましたか。 はい ・ いいえ							
※ 保険料の支払い方法 申請月以降の支払いは、 1 毎月 2. 半期前納 3. 全期前納							

- 申請に必要な書類等
①申請書 ②住民票 ③1ヶ月分の保険料(退職日の翌日が属する月と申請月がまたがる場合は、2ヶ月分)
- お問い合わせは、業務部業務第1課まで 電話03-3833-5152

【以下は、組合使用欄】

被保険者期間	自:昭・平・令 年 月 日	資格喪失時の	
	至: 令和 年 月 日	標準報酬月額	千円
任意継続 被保険者証の	記号 5555	番号	任意継続の 決定月額 千円
任継取得日	令和 年 月 日	任継喪失予定日	令和 年 月 日

任意継続被保険者保険料調査決定 伺

所 属 年 度	所 属 月 分	款	項	目
年 度	年 月 分	健康保険収入	健康保険料	健康保険料
		調整保険料収入	調整保険料	調整保険料
		介護保険収入	介護保険料	介護保険料
取得時調定額		前納調定額		
月分	月分・月分(随時1ヶ月)	月分	年 月～ 年 月 月分	
一般保険料		一般保険料		
基本保険料		基本保険料		
特定保険料		特定保険料		
調整保険料		調整保険料		
介護保険料		介護保険料		
合計		合計		
調定額合計				
納付期限	令和 年 月 日	納付期限	令和 年 月 日	

東京都食品健康保険組合

受領欄

受付日付印