

伺 年 月 日 令 和	年 月 日	常務理事	事務局長	統括部長	課長	課長補佐	扱者
決 定 年 月 日 令 和	年 月 日						

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 〇 年 〇 月 〇 日			
記号・番号 (在職時)		記号 〇 〇 番号 〇 〇 〇		事業所名称(在職時)		〇〇株式会社	
申請者氏名	フリガナ トウショク タロウ 東食 太郎			退職年月日		令和 〇 年 〇 月 〇 日	
				性別		男 ・ 女	
				生年月日		昭 ・ 平 〇 年 〇 月 〇 日 ( 〇 〇 歳)	
住所および 電話番号		〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 東京都台東区東上野〇-〇-〇 電話 〇〇 (〇〇〇〇)〇〇〇〇					
※ 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 〇・〇・〇			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 至: 令 和 年 月 日			資格喪失時の 標準報酬月額	千円
任意継続 被保険者の	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	

受領欄

受 付 日 付 印

・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。

東京都食品健康保険組合