

同 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 險 任 意 繼 繼 被 保 險 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					
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 東食 太郎	退職年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
		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					

・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。

○ 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 標準報酬月額	千円			
	至: 令和	年	月	日					
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 同

所属年度	所屬月分	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(隨時1ヶ月)	月分	年 月～	年 月 ケ月分
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