任意継続被保険者証発行伺　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事 務 長 | 主　　査 | 担 当 者 | 加入期間 | 自　　年　　月　　日  至　　年　　月　　日 | チェック用 | 保険証作成 | 東電病院 送付 |
|  |  |  |  | 保険料入金 | 喪失後証回収 |
| 新標準報酬月額 | 千円 | 金融機関入力 | 被保険者の期間２ヶ月以上 |

**健康保険任意継続被保険者資格取得申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格喪失年月日 | 年　　月　　日 | | | | 資格喪失時の  標準報酬月額 | | 千円 | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 給付金受領機関 |  | | | 銀　　行  信用金庫  信用組合 | |  | | | | 店  本　支 | | 普・当 | | 口座番号 | |
|  | |
| 金融機関番号 |  | | | | 店番号 | |  | | | |
| 被　扶　養　者  退職時の保険証  カッコ右  カッコ左  に記載されてい  る被扶養者 | 氏　　名 | | 生年月日 | | | | 続柄 | | 氏　　名 | | | | 生年月日 | | 続柄 |
|  | |  | | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  | | | |  | |  |
| 退職後住所 | ●いずれかに○印を付け、変更有りの場合は退職後の住所を記載ください。  変更無し  変更有り　（〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス | ●ご自宅のＰＣまたはご自身の携帯電話のメールアドレスを記載ください。  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　　　考 | ●再就職の予定が　　有（　　年　　月頃）・　無  ●保険料の納入方法(希望するものに○印)  毎月払　・　半年払　・　１年払 | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり申請いたします。

年　　　月　　　日

東京電力健康保険組合理事長 殿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 所属事業所名 |  | | | |
| 被保険者証  記号・番号 |  | － |  | |
| 〒 | 電話（　　　　　　）　　　　－ | | | |
| 現　住　所 |  | | | |
| 氏　　　名 |  | | |  |

（注）資格喪失の日（退職した日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合は、備考欄に遅滞した事由を記入してください。

※押印は廃止となっております。