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　者退職時のカッコ右カッコ左被扶養者 | 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

|  |
| --- |
| HD　・　PG　・　RP　・　EP |
|  | 基幹事業会社 | ＊該当の基幹事業会社に〇をつけてください |
| 被保険者 | 所属事業所名 |  |
| 社員番号 |  |
| 〒 | 電話（　　　　　　）　　　　－ |
| 現　住　所 |  |
| 氏　　　名 | ※押印は廃止となっております。 |

東京電力健康保険組合理事長 殿

（注）退職日から20日以内に健康保険組合へ申請書を提出してください。

　　　期日を過ぎての遡り加入は認めておりません。