

【記入例】

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	千円	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

退職日の翌日

不明の場合は記入不要

資格喪失年月日	2024年11月1日	資格喪失時の 標準報酬月額	560千円	生年月日	1980年7月6日	
給付金受領機関	銀行 三井住友 信用金庫 信用組合	本店 日比谷	支店 〇	普通 当 〇	口座番号 1234567	
	金融機関番号 0009	店番号 632				
被扶養者 (退職時の 被扶養者)	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄
	健保 華子	1982年1月1日	妻			
退職後住所	●いずれかに〇印を付け、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 (〒 TEL)					
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。 (abc.def@docomo.ne.jp)					
備考	●再就職の予定が 有 (年 月頃) ・ 無 ●保険料の納入方法(希望するものに〇印) 毎月払 ・ 半年払 ・ 1年払					

上記のとおり申請いたします。

2024年11月2日

東京電力健康保険組合理事長 殿

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

所属事業所名 オフィスサービスセンター 〇〇グループ

社員番号 1234567

被保険者 〒 116-8550 電話(090)1234-5678

現住所 東京都荒川区東尾久〇-〇-〇

氏名 健保 太郎

(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。

期日を過ぎたの遡り加入は認めておりません。

※押印は廃止となっております。