

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

常務理事	事務長		係

## 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ)	男・女			
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日							
資格喪失時の 事業所名称								
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	資格喪失時の 標準報酬月額 千円			
郵便通帳の 記号及び番号	通帳記号				通帳番号(右からつめて記入)			
					の			
保険料の納付方法 (○で囲んで下さい)	1. 各月払							
	2. 前納払		ア. 半年分割 (4月～9月・10月～3月)					
			イ. 1年払 (4月～3月)					

令和 年 月 日

トピー健康保険組合 理事長殿

上記の通り申請します。

住所 〒 -

氏名 (印)

電話番号 ( )

住所変更 有 ・ 無

(注) この申請書は、資格喪失日から20日以内に提出しない場合は無効となります。

受付印