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 ０００	番号 ０００００００	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ 健保　太郎	(男)・女
生年月日	(昭和)・平成・令和　００　年　００　月　００　日				
資格喪失時の事業所名称	○○○○株式会社				
資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和　００　年　００　月　００　日		資格喪失時の標準報酬月額	０００　千円	
郵便通帳の記号及び番号	通帳記号 ０００００ の	通帳番号（右からつめて記入） ００００００００			
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　００　年　００　月　００　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　〒０００－００００
○○県○○市○○町１－１－１

氏名　健保　太郎　(健保)印

電話番号　０００（００００）００００

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