

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

記号	番号	氏名	性別	生年月日
			男・女	昭和 年 月 日生 平成 才

資格喪失の年月日	平成 年 月 日	資格喪失の際の 標準報酬月額	千円
----------	----------	-------------------	----

勤務していた 事業所名	名称	
	所在地	

資格喪失の際の加入組合名	東京港健康保険組合
--------------	-----------

健保組合記入欄

任意継続被保険者記号・番号		資格取得年月日	標準報酬月額
記号	999	平成 年 月 日	千円

資格喪失 予定年月日	平成 年 月 日	備考	
---------------	----------	----	--

上記のとおり申請します。平成 年 月 日

〒

住 所

申請者 フリガナ

氏 名 印

電 話 - -

東京港健康保険組合理事長 殿

資格喪失の日(退職日の翌日)から20日以内に申請してください。