

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 平成	年 月 日 生 才
資格喪失の年月日		令和 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	番号	令和 年 月 日	千円	
資格喪失 予定年月日		令和 年 月 日	備考		
<p>上記のとおり申請します。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">フリガナ</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 - -</p> <p>東京港健康保険組合理事長 殿</p>					

※ 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。