

| | | | | | | |
|------|-----|------|----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 部・課長 | 係長 | 主任 | 主務 | 係員 |
| | | | | | | |

**健康保険
任意継続被保険者資格取得申出書**

| 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 | | | | |
| 前納申出 (一括納付) ※希望者のみ | <input type="checkbox"/> 1年度(4月～3月の12か月)分 <input type="checkbox"/> 半期(4月～9月/10月～3月の6か月)分 ※各月納付をご希望の場合はチェック不要です。 ※詳細は当組合HPをご覧ください。 | | | |
| 上記のとおり申出します。 | | 令和 年 月 日 | | |
| | | 〒 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 申出者 | | |
| | | フリガナ | | |
| | | 氏名 | | |
| | | 電話番号 | | |
| 東京港健康保険組合理事長 殿 | | | | |

| ※ 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 |
| 備考 | | | | | | |

※ 資格喪失の日（退職日の翌日）から20日以内に申出してください。