※健康保険組合決裁	伺年月日　　年　　月　　日					
	受付番号	常務理事	事務長	課長	係長	担当
	501　－					
	当組合加入期間	年　　月　　日取得　／　　年　　月　　日喪失				
	初回保険料納入日	年　　月　　日までに納付				

※欄は記入しないで下さい

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 資格喪失時健康保険被保険者の記号、及び番号	記号		② 被保険者の氏名･性別及び生年月日	（昭和・平成　　年　　月　　日）	男・女
	番号				
③ 資格喪失年月日（退職日の翌日）	年　　月　　日		④ 資格喪失時標準報酬月額	千円	
⑤ 資格喪失時	事業所名称				
	事業所所在地				
備　考					

下記は給付金等が発生したときの振込先になります、必ず本人（被保険者）名義の口座をご記入ください

（保険料の引き落としは行っておりません）

金融機関	銀行　　支店／支店番号（　　）		
口座種別	普通　・　当座	口座番号	
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		

保険料の納付方法	保険料の納付方法について、次のいずれか一つに○をつけてください。		
	1．　毎月納付	2．　6ヶ月前納	3．　12ヶ月前納
	※6ヶ月又は12ヶ月前納を希望された場合の保険料は、各月毎に年4分の利率で割引されます。 ※6ヶ月又は12ヶ月前納を希望された場合、前納に係る期間の初月の前月末日までに納付していただく必要があります。		

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

東京自動車教習所健康保険組合理事長　殿

申請者氏名

住所　〒　　－

住居先電話　　（　　）

日中連絡先　　（　　）

＊注意＊　・**申請期間は、資格喪失日（会社退職日の翌日）から20日以内です（厳守）**
　　・**被扶養者がいるときは『健康保険被扶養者（異動）届』の提出も必要になります。**