

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	主 査	課長補佐	主 任	担 当

旧記号 <b>〇〇〇</b>	旧 番 号 <b>〇〇〇〇</b>	被 保 険 者 氏 名 フリガナ <b>トウ ブ タロウ</b> <b>東 武 太 郎</b>	性 別 <b>男</b> 女	生 年 月 日 <b>昭和</b> 平成 <b>〇 〇 〇 〇 〇 〇</b>	旧所属 <b>〇〇〇 駅</b> TEL <b>〇 〇 〇 〇 〇</b>
※ 資格取得年月日 (任意継続の)		年	月	日	資格喪失年月日 (退職した日の翌日)
		年	月	日	令和 <b>〇 〇 〇 〇 〇 〇</b>
資格喪失時の		等級 <b>〇〇</b> 級	報酬月額 <b>〇 〇 〇</b> 千円	※	
事業所名 所在地		東武鉄道株式会社 東京都墨田区押上二丁目18番12号		資格取得時の	
喪失の理由		<b>定年退職のため</b>		健康保険料・調整保険料 円	
				介護保険料 円	
				合 計 円	
被扶養者氏名	性別	生 年 月 日	続柄	職業	住所
フリガナ <b>トウ ブ ヤスコ</b> <b>東武 保子</b>	男 <b>女</b>	<b>昭和</b> 平成 令和 <b>〇 〇 〇 〇 〇 〇</b>	妻	なし	<b>同</b> ・別
フリガナ <b>トウ ブ ソラ</b> <b>東武 宇宙</b>	男 <b>女</b>	<b>昭和</b> 平成 令和 <b>〇 〇 〇 〇 〇 〇</b>	長女	学生	<b>同</b> ・別
フリガナ	男 女	昭和 平成 令和			同・別

## 申請者郵便貯金口座

通 帳 記 号	通帳番号(右づめ記入)
<b>〇 〇 〇 〇 〇</b>	<b>〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇</b>

※口座番号は正確にご記入ください。

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

東武鉄道健康保険組合 理事長殿

(注) 太線内※欄には、記入しないこと。

〒 **1 3 1** - **〇 〇 〇 〇**

住 所 **東京都墨田区向島〇-〇〇-〇**

氏 名 **東 武 太 郎 印**

TEL(携帯) **〇〇〇-(〇〇〇〇)-〇〇〇〇**

TEL(自宅) **〇〇〇-(〇〇〇〇)-〇〇〇〇**