

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	旧番号	被保険者氏名 フリガナ	性別 男 女	生年月日 昭和 平成			年	月	日	旧所属	Tel							
※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)			令和	年	月	日	資格取得年月日 (保険証記載年月日)	年	月	日		
資格喪失時の 事業所名 所在地	等級	級	報酬月額	千円	※			記号	406	番号								
	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			等級	級	月額	千円							
喪失の理由				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 フリガナ	性別 男 女	生年月日 昭和 平成 令和			続柄	職業	住所 同・別			申請者郵便貯金口座			通帳記号			通帳番号(右づめ記入)		
フリガナ	男 女									1			0			の		
フリガナ	男 女									※口座番号は正確にご記入ください。								
フリガナ	男 女																	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 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。

〒 □□□-□□□□

住所

氏名 印

TEL(携帯) ()

TEL(自宅) ()