

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            | 性別     | 生        | 年 | 月  | 日       | 旧所属 | TEL                                                          |    |       |     |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
|                     |        | フリガナ              | 男<br>女 | 昭和<br>平成 |   | 年  |         |     |                                                              | 月  | 日     |     |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
| ※資格取得年月日<br>(任意継続の) |        | 令和                |        | 年        |   | 月  |         | 日   | 資格喪失年月日<br>(退職した日の翌日)                                        | 令和 |       | 年   |    | 月 |            | 日  | 資格取得年月日<br>(資格情報のお知らせ<br>に記載) | S<br>・<br>H<br>・<br>R |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |     |
| 資格喪失時の              | 等級     | 級                 | 報酬月額   |          |   | 千円 | ※資格取得時の |     |                                                              |    | 記号    | 406 | 番号 |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
|                     | 事業所名   | 東武鉄道株式会社          |        |          |   |    |         |     |                                                              |    | 等級    | 級   | 月額 |   |            | 千円 |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
|                     | 所在地    | 東京都墨田区押上二丁目18番12号 |        |          |   |    |         |     |                                                              |    | 一般保険料 | 円   |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
| 喪失の理由               |        |                   |        |          |   |    |         |     |                                                              |    | 調整保険料 | 円   |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
|                     |        |                   |        |          |   |    |         |     |                                                              |    |       |     |    |   | 介護保険料      | 円  |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
|                     |        |                   |        |          |   |    |         |     |                                                              |    |       |     |    |   | 子ども・子育て支援金 | 円  |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
|                     |        |                   |        |          |   |    |         |     |                                                              |    |       |     |    |   | 合計         | 円  |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
| 被扶養者氏名              | 性別     | 生                 | 年      | 月        | 日 | 続柄 | 職業      | 住所  | 申請者郵便貯金口座<br>通帳記号<br>通帳番号(右づめ記入)<br>10の<br>※口座番号は正確にご記入ください。 |    |       |     |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
| フリガナ                | 男<br>女 | 昭和<br>平成<br>令和    |        | 年        |   | 月  |         | 日   |                                                              |    |       |     |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  | 同・別 |
|                     |        |                   |        |          |   |    |         |     |                                                              |    |       |     |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
| フリガナ                | 男<br>女 | 昭和<br>平成<br>令和    |        |          |   |    |         |     |                                                              |    |       |     |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  | 同・別 |
|                     |        |                   |        |          |   |    |         |     |                                                              |    |       |     |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |
| フリガナ                | 男<br>女 | 昭和<br>平成<br>令和    |        |          |   |    |         |     |                                                              |    |       |     |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  | 同・別 |
|                     |        |                   |        |          |   |    |         |     |                                                              |    |       |     |    |   |            |    |                               |                       |  |   |  |   |  |   |  |     |

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) ( )