

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 女	昭和 平成	年	月	日									
※ 資格取得年月日 (任意継続の)		令和	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 (資格情報のお知らせ に記載)	昭和・ 令和	年	月	日
資格喪失時の	等級	級	報酬月額			千円	※	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								
フリガナ	男 女	昭和 平成 令和	年	月	日			同・別								
フリガナ	男 女	昭和 平成 令和						同・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)														
1				0	の														

※口座番号は正確にご記入ください。

〒 -

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

TEL(携帯) () _____

TEL(自宅) () _____

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。