

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								
〇〇〇	〇〇〇〇〇	フリガナ トウブ タロウ 東武 太郎	男 女	昭和 平成	〇	〇	〇	〇	健保駅	TEL 5 4 5 7						
※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)	〇	年	月	日
資格喪失時の	等級	〇〇	級	報酬月額	〇	〇	千円	※	記号	4 0 6	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		定年退職のため						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 トウブ ヤスコ 東武 保子		男 女	昭和 平成 令和	〇	〇	〇	〇	妻	なし	同・別						
フリガナ トウブ ソラ 東武 宇宙		男 女	昭和 平成 令和	〇	〇	〇	〇	長女	学生	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	2	3	4	0	の	1	2	3	4	5	6	7	8

※口座番号は正確にご記入ください。

〒 1 3 1 - 0 0 3 3

住所 東京都墨田区向島〇-〇〇-〇

氏名 東武太郎 東武印

TEL(携帯) 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

TEL(自宅) 〇3 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

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

申請をする際に扶養を外す方がありましたら併せて「健康保険被扶養者(異動)届」を提出してください

(注) 太線内※欄には、記入しないこと。