

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 〇〇〇	旧 番 号 〇〇〇〇〇	被 保 険 者 氏 名 フリガナ トウブ タロウ 東武 太郎	性 別 男 女	生 年 月 日 昭和 平成 〇〇 〇〇 〇〇	旧所属 健保駅 TEL 5457	
※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 〇〇 〇〇 〇〇	
資格喪失時の	等級 〇〇 級	報酬月額 〇 〇 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	所在地 東京都墨田区押上二丁目18番12号		喪失の理由 定年退職のため	等級	級 月額
	一般保険料	調整保険料		介護保険料	子ども・子育て支援金	合計
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 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 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。