

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

保険料支払い方の希望 半年前納・月払い		任意継続番号 16-		
健康保険被保険者証の記号・番号 記号		番号		氏名
資格喪失年月日	年 月 日	資格喪失の際の標準報酬 千円		
資格喪失の際使用されていた事業所	名称			
	所在地			
資格喪失の際の組合の名称	東プレ健康保険組合			
給付金がでた場合の振込先 (本人名義)	フリガナ	銀行		本・支店
	普通() (7桁記入)

上記のとおり申請致します。なお、健康保険に加入後は法規を守り、特に保険料については、必ず納期内までに納付することを誓約致します。

もし、上記に相違した場合は、如何なる処分を受けるも異議なきことを併せて誓約致します。

年 月 日

東プレ健康保険組合理事長殿

〒

申請者の
住所

氏名

電話番号 ()

【携帯をお持ちの方は携帯番号を記入してください】

★添付書類について(全員提出するもの)

- ①任意継続に加入する方全員の住民票(統柄あり・マイナンバーの記載なし)
- ②振込先の通帳の写し(名前・口座番号の分かるページ)

★被扶養者がいる方は、①②に加え、下記の添付書類も必要です。

- ③高校生…学生証のコピー
- ④高校生を除く18歳以上の方…課税証明書

※課税証明書は市区町村発行のものに限ります。(一番最新の年度のもの)

☆申請書及び必要書類は資格喪失後20日以内に健保に提出(必着)の事。
(期限を過ぎると申請出来ません)