決		裁	
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

下記の内容を確認☑したうえで、①～⑪のご記入しお申込みください。

- □ 資格取得日から退職日まで2ヶ月以上ありますか？
- □ 退職日の翌日から20日以内に、当健康保険組合へ「任意継続被保険者資格取得申請書」を到着するように送ることはできますか？
- □ 退職理由が、解雇・雇い止め・事業主都合等の場合、国民健康保険料が前年給与所得の30/100で算出される軽減措置があります。国民健康保険料の確認は行いましたか？
- □ 【退職後の方】保険証等は会社にご返却済みですか？

①個人番号（マイナンバー）	②記号・番号		③氏名
	記　号	番　号	（フリガナ）
※必ず①または②の記載をしてください。②が不明の場合は①を記載ください。			

④生年月日		⑤資格喪失日（退職日の翌日）		⑥新氏名　※氏名変更がある場合のみ記入
昭和 平成	年　月　日	令和	年　月　日	（フリガナ）

⑦住所（送付先住所）	⑧日中の連絡先	⑨資格確認書発行要否　注1
※マンション名や建物の名称もなるべく記入してください。 〒		□発行が必要

注1：資格確認書とはマイナンバーカードを持っていない人や、持っていても保険証としての利用登録をしていない人が加入者証の代わりとして使用するものです。

⑩申請者の銀行口座　注2			
銀行	支店	普通	口座 番号

注2：この口座は付加給付等の支払いに使う口座です。当組合では保険料の自動振替等は一切しておりません。
※ゆうちょ銀行を希望の方で支店が不明な場合はゆうちょ銀行のHPで調べるか、通帳の記号番号が記載されている部分のコピーの添付をしてください。

⑪任意継続保険加入予定期間
1ヶ月　・　3ヶ月　・　6ヶ月　・　1年　・　期間満了（2年）　・　未定

郵送先→　〒107-0052
東京都港区赤坂8－5－26
住友不動産青山ビル西館5F
TSIホールディングス健康保険組合

※申請書は退職日の翌日から20日以内に当組合必着です。

【以下は健康保険組合にて記入】

資格喪失の際の標準報酬月額	
千円	

受付日付印

（令和6年10月）