

健康保険任意継続 被保険者資格取得申請書

決		裁	
常務理事	事務長		担当者

下記の内容を確認☑したうえで、①～⑬のご記入・ご捺印し、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】保険証は会社にご返却済みですか？

①健康保険証被保険者証		②氏名		③新氏名	
記号	番号	(フリガナ)		(フリガナ)	
		④			
				※③は氏名変更がある場合のみ記入	
④生年月日		⑤性別	⑥所属していた会社名		⑦資格喪失日(退職日の翌日)
昭和 平成	年 月 日	男 女			平成 令和
⑧住所(送付先住所)		⑨電話		⑩FAX	
〒					
				⑪携帯電話	

※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。

⑫申請者の銀行口座			
銀行	支店	普通	口座 番号

※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。

⑬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