常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

◎資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に提出してください。
◎上段のみ記入し申請書、保険料を提出してください。
◎「※」は記入しないでください。

任継番号	※							
被保険者証記号・番号	記号 番号	性別	男・女	氏名印	㊞	生年月日	昭和 平成 年 月 日生	
事業所名称				事業所所在地				
資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日			資格喪失	令和 年 月 日			
退職時標準報酬月額	円	標準報酬月額	※ 円	改定報酬月額	※ 円			
住所	〒			電話		申請後被扶養者数	名	

上記のとおり任意継続被保険者資格取得を申請します。

一般保険料	円	円	適用年月日	令和 年 月 日
調整保険料	円	円	保険料納付対象月分	令和 年 月分
介護保険料	円	円		
合計	円	円		

令和 年 月 日提出

受付年月日

東京都金属プレス工業健康保険組合

(元.5)

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書および確認通知書

任継番号	※										
被保険者証記号・番号	記号	性別	男・女	氏名印	㊞	生年月日					
	番号					昭和 平成	年	月	日生		
事業所名称					事業所所在地						
資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失	令和	年	月	日		
退職時標準報酬月額	円	標準報酬月額	※	円	改定報酬月額	※	円				
住所	〒				電話		申請後被扶養者数	名			

上記のとおり任意継続被保険者資格取得を申請します。

一般保険料	円	円	適用年月日	令和　年　月　日
調整保険料	円	円	保険料納付対象月分	令和　年　月分
介護保険料	円	円		
合計	円	円		

令和　年　月　日提出された申請書にもとづき決定がなされたので通知します。

令和　年　月　日

東京都金属プレス工業健康保険組合理事長