

常務理事	事務長	課長	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。
- ◎ 「資格確認書発行要否」はマイナンバーカードの未取得、マイナ保険証への未登録等の理由で、「資格確認書」が必要な場合は□に✓を付してください。
- ◎ 「※」は記入しないでください。

任 継 番 号	※				
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	記号	性 別	男 ・ 女	氏 名 印	生 年 月 日
	番号				
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
退 職 時 標 準 報 酬 月 額	円	標 準 報 酬 月 額	※	円	改 定 報 酬 月 額
住 所	〒			電 話	申 請 後 被 扶 養 者 数

上記のとおり任意継続被保険者資格取得を申請します。

資 格 確 認 書 発 行 要 否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
----------------------	--------------------------------

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 分 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

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 記 号 ・ 番 号	記号	性 別	男 ・ 女	氏 名 印	生 年 月 日
	番号				
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。

資 格 確 認 書 発 行 要 否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
----------------------	--------------------------------

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