

健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

健康保険被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者の氏名・性別	男女
			生年月日	昭・平・令 年 月 日
資格喪失年月日	令和 年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額		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	東京ドーム健康保険組合			
医療費等給付金振込先	銀行名	口座番号	普通	支店名
※備考				

上記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

東京ドーム健康保険組合理事長殿

申請者の 郵便番号 _____

住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

記入上の注意

※ 原則として①2年間保険料の基準となる月額が変わらない。

(退職時平均標準報酬月額以上の方は組合の平均標準報酬月額になります。)

②就職以外の脱退はできない。(途中で国民健康保険への切り替えはできません。)

以上をご了承の上申請書を提出して下さい。

※ 欄には資格喪失の日(退職などした日の翌日)から20日を経過した後に、申請書を提出する場合に遅滞した事由を記入すること。

- 尚
1. 任意継続になった日から起算して2ヶ年を経過したとき
 2. 他の会社の被保険者となったとき(取得した保険証のコピーが必要)
 3. 死亡したとき

以上に該当するに至った日の翌日にその資格を失います。