健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

通知	年	月	日
本部	常務理事	事務長	関係者	係

東北電力健康保険組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

下記のとおり申請いたします。
なお、保険料納付方法については郵便貯金口座からの自動払込とすることを承諾し、残高不足で払込み不可能になった場合は、被保険者資格喪失となっても異議はございません。

被保険者

任継記号番号	被保険者の氏名	資格確認書発行要否	生年月日	性別	任継資格取得予定日	標準報酬月額	住所　※保険証送付先住所と住民票住所が違う場合は下段にも記載
		□ 発行が必要	□昭 □平　年 月 日	□男1 □女2	令和	健　千円	フリガナ (〒　－　) TEL　－　－ (保険証送付先住所) (住民票住所)〒

社員時記号番号	資格喪失時勤務していた事業所	名称	任継資格喪失予定日	保険料の自動払込及び現金給付の受給のゆうちょ銀行口座
		所在地	令和	通帳記号　の　／　通帳番号（右からつめて）

被保険者資格喪失月日	資格喪失時の標準報酬月額	任継以前の被保険者資格の得喪		別居者住所　※現住所と住民票住所が違う場合は下段にも記載
令和　年　月　日	千円	取得	・　・	別居者: (現住所)〒 (住民票住所)〒
		喪失	・　・	

被扶養者

氏名	生年月日 元号	年	月	日	続柄	該当年月日 年	月	日	性別	同居別居	資格確認書発行要否
	□昭 □平 □令								□男1 □女2	□同居 □別居	□ 発行が必要
	□昭 □平 □令								□男1 □女2	□同居 □別居	□ 発行が必要
	□昭 □平 □令								□男1 □女2	□同居 □別居	□ 発行が必要
	□昭 □平 □令								□男1 □女2	□同居 □別居	□ 発行が必要

注１．この申請書は、健康保険被保険者の資格を喪失した日から２０日以内に提出してください。
なお、自動払込取扱いに必要な手続きは、あらかじめ郵便局窓口で行ってください。

2. 記入例にならいご記入してください。

3. 在職中に受診した分の現金給付は，社員時の給与口座に振込まれます。

事業所担当者記入欄
健保組合記入欄

前納希望記入欄
全期 ・ 半期