

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	係

◎申請者は、裏面の【確認事項】をすべて了承したものとみなします
注)※の欄は記入しないでください。

①健康保険被保険者 記号・番号	記号	099	新記号番号	記号	100	⑥保険料の納付方法(☑をつけてください)
	番号	9999		番号	※	
②資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 8 年 4 月 1 日					⑦被扶養者の有無 ☐有 ☑無 有のとき「被扶養者の有無」を必ずご確認ください。 必要書類(扶養の証明書等)については 健保組合から後日ご連絡します。
③資格喪失の際使用されていた 事業所 (会社名及び会社所在地)	名 称	(株)*****			※前納(3、4)の場合、加入月の1か月分は月納となります。 ※裏面の『●保険料の納付方法と特徴』を必ずご確認ください。	
	所在地	富山市●●●5-5-5				
④資格喪失の際の組合名称	TISインテックグループ健康保険組合					
⑤保険給付等の振込先 (還付金や保健事業への請求時の 振込先) ※この口座は保険料口座振替の 記入箇所ではありません	申請者の振込口座					
	金融機関名: ○○ 銀行 支店名: ○○ 支店 預金種目: ☑ 普通 ☐ 当座 口座番号: 9999999					
備考						

上記の通り申請します。なお、届出済みの個人番号(マイナンバー)については変更ありません。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

フリガナ	ケンポ タロウ
申請者の氏 名	健保 太郎
生年月日	☐ 昭和 ** 年 ** 月 ** 日 年齢 ** 歳 ☑ 平成 ** 年 ** 月 ** 日
(退職後の連絡先)	〒 999 - 9999
住所(居所)	富山県富山市○○○○1-2-3 ○○○マンション ○○号室
住所(住民票)	☑ 同 上 ☐ 〒
自 宅 電 話	99 (999) 9999
携 帯 電 話	999 (999) 9999

性別 ☑ 男性 ☐ 女性

健保から連絡する場合があります。
必ず日中連絡のつく電話番号・
メールアドレスをご記入ください！

e-mail taro@kenpo.com

アルファベット、_ (アンダーバー) やー (ハイフン) は判別できるよう丁寧に記入してください。
(判読できず送信エラーが多発しています)