

| | | | | | | | |
|------|-----|----|----|------|----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 係員 | 経理係 |
| | | | | | | | |

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

| | | | | | |
|------------|-------------------|-----------|-------|------------|---|
| ※ 決定決議書 | 伺 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | |
| | 任 継 記 号 ・ 番 号 | 9 9 9 9 - | 一般保険料 | 月分 円(か月分) | |
| | 任 継 取 得 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 調整保険料 | 月分 円(か月分) | |
| | 任 継 喪 失 予 定 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 介護保険料 | 月分 円(か月分) | |
| | 標準報酬月額 (千円) | 一般保険料 | 円 | 合 計 | 円 |
| | | 調整保険料 | 円 | | |
| 介護保険料 | | 円 | | | |

「※」印欄は記入しないでください。

| | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---------|---|---------|----------|----------|
| 被保険者証 記号・番号 | - | | | | 氏名 | フリガナ | |
| 生 年 月 日 | 5:昭 7:平 9:令 | 年 | 月 | 日 | 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 | (退職日の翌日) |
| 住 民 票 上 住 所 | 〒 - | | TEL () | | ※日中の連絡先 | | |
| 居 所 住 所 | <input type="checkbox"/> 同上 | <input type="checkbox"/> 住民票と違う場合 〒 - 右記のとおり | | | | | |
| 資格喪失時に使用 されていた事業所 | 名 称 | | | | | | |
| | 所在地 | | 〒 - | | | | |
| 注 意 事 項 | <p>この申請は、資格喪失日より20日以内に、保険料・住民票(世帯全員のもの)・念書を添付し提出してください。</p> <p>* 資格喪失年月日が26日以降の場合、または資格喪失の翌月に手続きする場合は2か月分の保険料</p> <p>* 保険料は、退職時の標準報酬月額か当組合の平均標準報酬月額のいずれか低い額による</p> <p>毎月10日(その日が休日・日曜・祭日の場合は翌営業日)までに保険料を納付しなかった場合、翌日に資格喪失となります。</p> <p>期間は2年間で保険料は全額自己負担。</p> <p>* 被保険者の方が40歳以上65歳未満の場合は、介護保険の第2号被保険者となり、介護保険料も全額自己負担</p> | | | | | | |

組合受付印

念書

令和 年 月 日

東京都土木健康保険組合理事長 殿

記

- 私は、健康保険料を納期日までに収めることを遵守いたします。
- 万一、納期日までに納めることができなかった場合、任意継続被保険者の資格喪失に関して異議の申し立てはいたしません。

上記のとおり誓約いたします。

住所

氏名
