

任意継続被保険者資格取得申請書

※太枠内をご記入下さい。

令和 年 月 日 提出

被保険者証 記号・番号	資格喪失 年月日 (任継加入日)		令和 年 月 日	
資格喪失時の	所属健保	トヨタ自動車東日本健康保険組合	標準報酬月額	千円
	事業所 (☑して下さい)	<input type="checkbox"/> 1.トヨタ自動車東日本 <input type="checkbox"/> 3.関東商事 <input type="checkbox"/> 5.EJサービス <input type="checkbox"/> 11.ケー・アイ・ケー <input type="checkbox"/> 13.ケイ・エフ・サービス <input type="checkbox"/> 14.関商ネットワーク <input type="checkbox"/> 16.シー・エス・シー <input type="checkbox"/> 19.セントラル総合サービス <input type="checkbox"/> 20.C&D		
退職後 (任継時) の振込先	<input type="checkbox"/> 銀行・ <input type="checkbox"/> 信金			支店
	<input type="checkbox"/> 農協・ <input type="checkbox"/> 労金			
<input type="checkbox"/> 普通預金 ・ <input type="checkbox"/> 当座預金		<input type="checkbox"/> 口座番号		
↑ 健保から給付金や、喪失時の保険料還付金をお支払いする際の振込口座となります。書き間違えにご注意ください。				
記事				

上記のとおり申請します。

トヨタ自動車東日本健康保険組合 理事長 殿

申請者	住所	〒 -
	電話	() -
退職後 (任継時)	氏名	

※ 注意事項

- 上記の太枠内に直筆で記入して下さい。
- 連絡事項があれば、記事欄に記入して下さい。
- 喪失時に扶養されているご家族は継続となりますが、追加・喪失される場合は、別途書類が必要となりますので、健保までご連絡下さい。

(提出経路) 本人 → 事業所担当部署 → 健保組合

健保 使用 欄	任継番号		常务理事	事務長	担当	受付
	任継月額	千円				
	初回保険料	円	令和 年 月 日	処理済		

トヨタ自動車東日本健康保険組合