**マイナ保険証を　　　　　　持っている　　　　　　　持っていない**

**記入上の注意**

　⑧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は、

　遅滞した理由を記入すること。

〒　　　　　　　　　　　　TEL

住　所

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

**健康保険組合理事長殿**

**令和　　年　　月　　　日**

**任意継続中、次の事由が発生した時は資格喪失となります。**

（１）死亡したとき。

（２）２年を経過したとき。

（３）他の健康保険や船員保険に加入したとき。

（４）保険料が納付期日（当月１０日）までに納付されないとき。

（５）任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を保険者に申し出た場合には、その申出が受理された日の属する月の翌月１日に被保険者の資格を喪失する。

②被保険者の

氏名・性別

9955

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

上記のとおり申請します。

この口座は健康保険組合より振込する場合使用致します。

振込先

銀行名　　　　　支店名

　　　　　　　　口座番号

　普通・当座

令和　　年　　月　　日

昭・平　　年　　月　　日

③生年月日

男・

女

性別

番号

記号

①健康保険

被保険者証の

記号及び番号

⑧備　考

トプコン健康保険組合

⑦資格喪失の際の組合名称

所在地

名　　称

⑥資格喪失の際使用されていた事業所

千円

⑤資格喪失の際の標準報酬月額

令和　　年　　月　　日

④資格喪失の年月日

事務長

常務理事

決　　　　　　　裁

令和　　年　　月　　日

決　定

受　付