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

平成　　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。**

**従って、下記以外の本人の自由意思による途中脱退は認められません。**

（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。

〒　　　　　　　　　　　　TEL

住　所

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

昭和　　年　　月　　日

③生年月日

男・

女

性別

番号

②被保険者の

氏名・性別

9955

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

平成　　年　　月　　日

④資格喪失の年月日

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。

**健康保険組合理事長殿**

平成　　　年　　　月　　　日

上記のとおり申請します。

事務長

常務理事

決　　　　　　　裁

平成　　年　　月　　日

決　定

受　付