

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者等の記号及び番号		14-			
資格喪失の年月日（退職日の翌日）		令和 年 月 日		資格喪失の際の標準報酬月額	千円
資格喪失時の事業所（勤務先）	名称			所属	
	所在地				
資格喪失の際の組合名		電通健康保険組合			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日申請者 〒 -

住民票住所：

住民票の住所をそのまま転記してください。

【注意】上記の住民票住所に資格確認書と保険料の案内が届きますので、必ずお受け取りください。

フリガナ：

住民票記載の氏名：

性別：

生年月日：

年

月

日

※住民票に記載の氏名をそのまま転記してください。

自宅電話番号

携帯電話番号

組合から支給する給付金等の振込先金融機関（注：ゆうちょ銀行の場合、支店名・金融機関コードは記入不要）

金融機関名			支店	預金種目			
コード	金融機関コード		店番号	口座番号			

受付日付印

電通健康保険組合理事長 殿