

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 - ××××		わからない場合は無記入で可	
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	株式会社 電通		所 属	××××× 局 ××× 部
	所 在 地	東京都港区東新橋1-8-1			
資格喪失際の組合名		電通健康保険組合			

上記のとおり申請します。

「14」はそのまま可

令和××年××月××日

申 請 者 〒 ××× - ××××

住民票の住所をそのまま転記してください。



住民票住所 : 東京都港区台場××-××-××号室
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 : デンツウ タロウ

住民票記載の氏名 : 電通 太郎

性 別 : (男) 女 生年月日 : (昭和)平成 ××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	みずほ		銀行・金庫 組合・農協	築地	支店	預金種目		1. 普通 2. 当座						
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