

任意継続被保険者資格取得申請書

記号	番号
9 8	

資格取得年月日
令和 年 月 日

決裁日	年	月	日
常務理事	事務長	担当	

トーエネック健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日提出

ふりがな				(男・女)
氏名				
生年月日	昭和 平成	年	月	日(満 歳)
住所	〒 ー			
電話番号	自宅 ()	ー	無	
両方ご記入ください	携帯	ー	無	

事業所記入欄	資格喪失日	令和 年 月 日
	標準報酬月額 (退職月)	
	当社退職時 事業所名	支店 室・部
	記号-番号	ー
事業所確認者		

※太枠内だけ記入してください。

◎ 被扶養者届

被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	同・別居	職業・年収等
ふりがな	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	同居・別居	
被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	同・別居	職業・年収等
ふりがな	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	同居・別居	
被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	同・別居	職業・年収等
ふりがな	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	同居・別居	
被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	同・別居	職業・年収等
ふりがな	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	同居・別居	

保険料の納付方法 <small><口座振替はしていません></small>
1. 毎月納付する
2. 半年分前納する
3. 1年分前納する

保険給付等の受領口座	
銀行名	銀行 支店
口座番号	普通・当座
※ゆうちょ銀行をご利用の方	
記号	0 番号
口座名義人	

◎1か月分保険料のみお振込みください。翌月分以降の保険料については、後日、納付書を送付いたします。

初回保険料振込先(資格喪失後20日以内)	
銀行名	三菱UFJ銀行 名古屋営業部
口座番号	普通 預金 1142648
口座名義	トーエネック健康保険組合

【資格確認書の交付について】

資格確認書はマイナ保険証の利用登録を確認し、健康保険組合が職権で交付いたします。
 マイナ保険証を保有している方は原則として資格確認書の交付対象とはなりません。
 マイナンバーカードの紛失や更新等により資格確認書が必要な場合は「資格確認書交付申請書」を提出下さい。

受付印

