常務理事	事務長	専門官	課　長	係　長	係　員

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内を記入してください。

退職時の被保険者証	記号		（フリガナ） 氏　名		
	番号		生年月日	昭和 平成　年　月　日生　男・女	
自宅住所	〒　－			☎　－　－	
退職時の勤務先事業所	名称		所在地		
	資格取得年月日	昭・平・令　年　月　日	退職した日	令和　年　月　日	

被扶養者に該当される方全員を記入してください。

氏　名	性別	生年月日	続柄	氏　名	性別	生年月日	続柄
		昭・平・令　．　．				昭・平・令　．　．	
		昭・平・令　．　．				昭・平・令　．　．	
		昭・平・令　．　．				昭・平・令　．　．	

健康保険料の納付方法をレ印で記入して下さい。（自動引落はできません。）

☐ 毎月払い　　☐ 一括払（一年分前納）　　☐ 年２回払（６ヶ月分前納）

（保険料を前納されますと割引になります。ただし、資格取得月の翌月分から割引の対象となります。）

東京中央卸売市場健康保険組合

この申請書は、退職日の翌日から２０日以内に提出してください。

◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇

【健康保険組合使用欄】

任継番号	

任意継続被保険者資格取得年月日	令和　年　月　日	任意継続被保険者資格喪失予定年月日	令和　年　月　日
資格喪失の際の標準報酬月額	千円	健保組合理事長が公示した標準報酬月額	380　千円
決定標準報酬月額	千円		

受付年月日

決定保険料内訳			
健康保険料	円	介護保険料	円
調整保険料	円	合　計	円

5.4改