

資格取得決定及決定通知何

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

フリガナ 被保険者 氏名	トウヤク タロウ 東薬 太郎	生年 月日	昭和・平成 46年 12月 12日	性別	男 ・ 女
現住所	〒 - 東京都千代田区永田町2-17-2 東薬ビル101				
電話番号	自宅 0123 - 45 - 6789	携帯	090 - 1234 - 5678		
勤務している 事業所 (本社)	記号・番号	1234 - 12345	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 6年 12月 1日	
	名称	東薬株式会社			
	所在地	埼玉県和光市下新倉6-7-28			
備考				資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

上記のとおり、申出します。

令和6年12月1日

組合記入欄

任意 継続	記号・番号	-			
	旧資格取得 年月日	S・H・R	年	月	日
	取得年月日	R	年	月	日
	喪失年月日	R	年	月	日
	標準報 酬月額	退職	千円		
任継		千円			

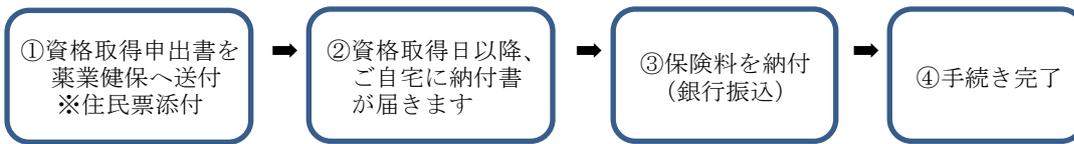
受付日付印

【提出先及び問合せ先】

〒100-0014
東京都千代田区永田町2-17-2
東京薬業健康保険組合 適用課
TEL: 03-3581-1236

【任意継続のお手続き】資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内にご申請ください

※退職日以前にご提出いただくことも可能です。



※③による保険料の納付が期限までにされなかった場合は、資格は取消となります。