健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

東日本プラスチック健康保険組合

申請者が記入するところ	氏名	フリガナ	性別	生年月日	被扶養者届の有無
		㊞	男・女	大正 昭和 平成　年　月　日	有・無
	住所および電話番号	郵便番号　－　フリガナ			
		電話番号　（　）			
	最後に被保険者として使用されていた事業所	健康保険被保険者証の記号番号	記号　番号	資格喪失時の標準報酬月額	千円
		資格取得年月日	昭和 平成　年　月　日		
		資格喪失年月日（退職日の翌日）	平成　年　月　日	平成　年　月　日 提出	
		名称			
		所在地		受付日付印	

【記入上の注意】

1. 性別、生年月日の年号、被扶養者届の有無および資格取得年月日の年号については、該当する事項を○印で囲んでください。

【添付書類等】

次の書類等を添付してください。

ご不明な点につきましては、健保組合・業務課適用係（TEL 03-3862-1055）までお問い合わせください。

1. 保険料　　1か月分（現金書留）
   （注）　保険料は、事業所の資格喪失日（退職日の翌日）の含む月分から納入することとなっていますので、手続きが翌月にまたがる場合は、2か月分納入してください。
   （例）　資格喪失日が4月21日の場合、提出日が4月28日の時は1か月分、提出日が5月7日の時は2か月分納入することとなります。
2. 被扶養者のいる方は、被扶養者届を添付してください。（引き続き被扶養者となりますので証明書類等は不要です。）

この届書は、天災地変のとき、交通、通信関係のスト等の場合を除き、事業所を退職した翌日から 20日以内に申請いただきませんと無効となりますので十分ご注意ください。