

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決 裁		
常務理事	事務長	係

日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿

任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	番号	被保険者の氏名・性別	性 別	男 女
			生年月日	昭・平	年
資格喪失の年月日			年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額	千円
資格喪失の際使用されていた事業所	名 称				
	所 在 地				
資格喪失の際の組合名称			日本トランスシティ健康保険組合		
備 考	※どちらかに✓チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 前納 <input type="checkbox"/> 毎月払い				

〒 —

住所

申請者の (TEL: — —)

氏名

㊞

<受取銀行>

1. 銀行振込	銀行・農協・信用組合 信用金庫・労働金庫	支店 (普) 口座No.	<input type="text"/>	本人名義
2. ゆうちょ銀行振込	金融機関コード	通帳記号(5ケタ)	通帳番号(8ケタ) 右ツメで記入	
ゆうちょ銀行総合口座	9900	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1	

< 記入上の注意 >

備考には、資格喪失の日(退職などした日の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合、遅滞した事由を記入すること。