

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 月 日
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	<p>※どちらかに✓チェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>前納    <input type="checkbox"/>毎月払い</p> <p>◆ご注意◆ 前納期間中に国民健康保険への加入、又は家族の扶養に入ることはできません。</p>				

〒 —

住所

申請者の (TEL: — — )

氏名

印

<受取銀行>

1. 銀行振込	銀行・農協・信用組合	支店 (普) 口座No.	
	信用金庫・労働金庫		
2. ゆうちょ銀行振込			
ゆうちょ銀行総合口座	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
	9 9 0 0	—	— 1

本人名義

< 記入上の注意 >

⑧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。