|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 常務理事 | 事務長 | 部　長 | 課　長 | 係　長 | 係 |
|  |  |  |  |  |  |  |

様式第231号

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健康保険被保険者証記号・番号 | － | 資格喪失時の標準報酬月額 | 千　円 |
| 資格喪失年月日 | 令和　 　 年　 　 月 　　日 | 健康保険料の前納を　ア　希望する（　12月間　6月間　）　イ　希望しない |
| 最後に被保険者として使用されていた事業所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |  |
| ※　資　格　取　得　決　定　事　項 | 下記注意事項を了承のうえ、上記のとおり申請します。令和　　　年　　　月　　　日申請者　 〒住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 記 号・番 号 | ９００１　・ |
| 有 効 期 限 |  令和　　 年　　 月　　 日 |
| 標準報酬月額 | 千円 |
| 保険料の前納 | 12月間　・　6月間 |

※印欄には記入しないでください。　　　　　　　　　　　　　　　電話

★　国民健康保険料（税）の軽減措置に　（ 該当する ・ 該当しない ）。　　軽減措置とは、解雇や雇止などで離職した方が対象。

★　東京都電気工事健保福祉弘済会からの案内（アフラック生命保険会社及び医薬品等の斡旋）を（ 希望する ・ 希望しない ）。

◎　住民票を必ず添付してください。

◎　申請書を提出の際は、健康保険料（前納を希望する方は、前納分を含む。）を持参してください。

◎　令和６年４月分保険料より、資格喪失時の標準報酬月額に基づき算出いたします。