

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

決 裁		
常務理事	事務長	係員

81-

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

文書番号NO.

(規則第15条関係)

①在職時の記号及び番号	記号	11	番号	●●●●	②被保険者氏名	東洋 太郎			
					③生年月日	昭和43年3月8日			
④資格喪失日(退職日の翌日)	令和 7 年 11 月 1 日	⑤資格喪失の際の標準報酬月額			680 千円				
⑥資格喪失の際、使用されていた会社・事業所名称	名称	東洋アルミニウム株式会社 八尾製造所							
	所在地	〒 581-0082 大阪府八尾市相生町4-8-1							
⑦申請する被扶養者	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	住民票住所				
	氏名(漢字)								
	トウヨウ ハナコ								
	東洋 花子	昭和45年12月10日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる				
	トウヨウ ツキコ								
東洋 月子	平成11年7月5日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	長女	<input checked="" type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる					
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる				
※別居の場合、①給与明細書コピー(直近3か月) ②送金額の証明(直近3か月) ③被扶養者の住民票の写し(又は被扶養者の免許証コピー)を添付してください。 (送金額とは被扶養者の収入以上か送金下限額5万円です)									
⑧振込先	一部負担還元金・家族療養附加金等の送金を受ける場合の銀行口座 銀行コード(0009) 支店コード(●●●●) 三井住友 銀行 ●●●● 支店 (名義人) フリガナ トウヨウ タロウ 普通口座No. ●●●●●●●● (右ヅメ) 漢字 東洋 太郎								
⑨資格情報のお知らせ	世帯全員に発行します (マイナ保険証利用時に要する場合があります)				⑩備考				
⑩健康保険資格確認書	「マイナンバーカードを所持していない」または「マイナ保険証の利用登録を行っていない」方に発行します								

上記のとおり、申請します。
東洋アルミニウム健康保険組合理事長殿

令和 7 年 10 月 31 日

〒 581-0093

住所 大阪府八尾市東老原1-●-●●

氏名 東洋 太郎

⑩ ※自署の場合は
押印不要

TEL 072-9●●-●●●●

※任意継続の手続きは「任意継続被保険者資格取得申請書」に必要事項を記入し、
退職日の翌日から20日以内に当健保組合に提出し、初回保険料を納付することで完了し

受付印