

この申請書は、TOTO健康保険組合に任意継続加入（2年）したい方のみ、ご提出下さい。
再就職、国民健康保険に加入、又は家族の扶養に入られる方は提出不要です。

※健保組合使用欄

受付印	在職時	取得年月日	S H	年	月	日	常務理事	事務長	係	
		喪失年月日	H	年	月	日				
		資格喪失の際の 標準報酬月額					千円			

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

組合の名称	TOTO健康保険組合	記号・番号	記号	番号		
会社名		退職日	平成	年	月	日

上記のとおり申請いたしますとともに、私に対する給付金があったときは下記口座への振込みを指定いたします。

平成 年 月 日

申請者の

退職後の住所 (〒 -) (電話番号 - -)

氏名

印

※今後の保険料納付方法（いずれかを選択してください。）

1. 毎月払
2. 半期前納
3. 年間前納

振込指定口座	銀行	信用金庫	支店

	名義	普通 預金	(口座番号(7桁) _____)

※資格喪失より20日以内に提出してください。

上記内容について変更がある場合は、TOTO健康保険組合へご連絡ください。