

健康保険『任意継続資格取得申請書』(被保険者/被扶養者)



- ◆任意継続への加入には、当組合のマイポータルサイト<My Health Plus>への登録が必要です。
 - ◇会社メールアドレスで登録されている方は、個人メールアドレスへ変更してください。
 - ◇未登録の方は下記URLにアクセスし、表示された画面に入力ください。ID/PWを再発行させていただきます。

URL : https://toyotsu.or.jp/kenpo/exentry/1619185164_6999

申請書の受理完了後、初回保険料のご案内をメールでいたします。
記載内容にそって<My Health Plus>にログインいただき内容をご確認ください。

※My Health Plus の登録が出来ない方は当組合までご連絡ください。

- ◆申請書は、以下の太枠内にご記入の上、お早めに健康保険組合へご提出ください。【提出期日:退職月の15日】

・本申請書を添付し下記E-mail アドレスへご提出願います。

◇ 豊田通商健康保険組合 任意継続担当宛 Email: 1238-ninkei@dist.toyota-tsusho.com



■被保険者(申請者)

申請者情報欄	(勤務していた) 会社の名称			(退職日の翌日) 資格喪失年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和			
	(退職前の) 被保険者証	記号	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)			連絡先	自宅電話番号		-	-	
						携帯番号		-	-	
			メールアドレス				@			
住所	(〒 -) ※退職後の住所を都道府県からご記入ください。									

■被扶養者異動届

※継続加入される被扶養者についてご記入ください。(新たに加算希望される場合は、当組合までご連絡ください。)

被扶養者情報欄	氏名	生年月日	続柄	職業		同居/別居	別居の場合の住所
				月	平均収入額		
		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	(〒 -)
		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	(〒 -)
		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	(〒 -)
		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	(〒 -)

■保険料の支払方法

※ご希望の支払方法にチェックを入れてください。

保険料の支払方法	手続きおよび注意事項
<input type="checkbox"/> 前納/通期	複利原価法により最大年4%の割引が適用されます。 納付期限までにお振込みがない場合は、割引適用外となりますので、ご注意ください。
<input type="checkbox"/> 前納/半期	
<input type="checkbox"/> 口座振替(毎月)	別紙『預金口座振替依頼書』の原本をご提出ください。

■健保からの保険給付や補助金などを振込む口座をご指定ください。

銀行名				支店名			
金融機関コード				店舗番号			
	銀行・信用金庫・農協				本店・支店・出張所		
口座番号(普通預金口座)				口座名義(被保険者名義)			
→右詰めで記載下さい							