

決 事 務 裁 セン タ 欄	常務理事	課長	主査	担当者	受付

## 健康保険組合 任意継続被保険者資格取得申請書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

《被保険者(申請者)記入欄》

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 記 入 欄	対 象 者 コ ー ド	①被保険者(申請者)氏名	② 事業所名・担当名		
	0003515225	資格 大輔 (資格)印	NTT〇〇株式会社 総務担当 TEL (〇〇△)〇〇△-〇〇△×		
	被保険者生年月日	昭 21年 5月 5日 平	退職等年月日	平成16年 3月31日	
	③ 申 出 年 月 日	平成16年 4月 1日	⑤ 保険料払込方法	1 毎月払 3 6ヶ月払 ④ 1年払	
④ 資格取得年月日	平成16年 4月 1日				
被 保 険 者 住 所	⑥ 市区町村コード	郵便番号	都道府県名	郡市区町村名	
	202037	389-0000	長野県	上田市	
	町名 カナ	マツザカチョウ 1-18-1	建物	カナ	コーポ セイブ 201
丁目 番地 漢字	松坂町 1-18-1	漢字		コーポ 西部 201	
電話番号	(〇〇△)〇〇△-〇〇△×				
⑦ 備 考					

- ①被保険者(申請者)が自ら氏名を署名した場合押印は不要  
②退職者は退職時の事業所・担当名を記入する。議員休職者は、事業所名を記入する。  
③退職者は、退職日の翌日以降の日議員休職者は、休職開始以降の日を記入する。注:事前登録の場合は、資格取得日を記入する。  
④退職者は、退職日の翌日、議員休職者は、休職開始日を記入する。  
⑤希望する番号を○で囲む  
⑥退職者は、退職後の住所及び電話番号を記入する。議員休職者は、連絡先の住所及び電話番号を記入する。※市区町村コードがわからない場合は、事業所担当者が記入する。  
⑦申請書を退職日の翌日から起算して20日以内に提出できなかったときはその理由を記入する。

- (注) 1.資格取得年月日は任意継続被保険者の資格を取得する日(退職日の翌日)を記入してください。  
2.申出年月日は退職の翌日以降の日を記入してください。  
3.「市区町村コード」がわからない場合は記入不要です。  
4.この申請書は、退職の翌日から起算して20日以内に退職時の事業所の厚生担当に提出して下さい。  
5.被扶養者を認定する場合や取消す場合は「被扶養者(異動)届」【様式:資第20号】を添付して提出して下さい。  
※被扶養者を継続して認定する場合も「被扶養者(異動)届の」提出が必要です。

事 業 所 処 理 欄	事業所所在地:長野市上原町33-19	課長	審査投入責任者	審査投入担当者	受付
	事業所名称:NTT〇〇株式会社	大門	権藤	上松	平成16年4月1日
	事業主氏名:弁済 太郎 (弁済)印	4/1	4/1	4/1	担当 上松
電話番号:(〇〇△)〇〇△-〇〇△×	チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者有の場合、又は取消す場合被扶養者(異動)届は添付されているか <input checked="" type="checkbox"/> 資格取得通知書及び保険料振込依頼書を作成し交付したか			

(平成17年1月)

[様式:資第8号]

決 事 務 裁 セ ン タ 欄	常 務 理 事	課 長	主 査	担 当 者	受 付

## 健康保険組合 任意継続被保険者資格取得申請書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	対 象 者 コ ー ド		被 保 険 者（申請者）氏 名		事 業 所 名・担 当 名	
			印		TEL ( ) ー	
	被 保 険 者 生 年 月 日		昭 平 年 月 日		退 職 等 年 月 日 平成 年 月 日	
	申 出 年 月 日		平成 年 月 日		保 険 料 払 込 方 法 1 毎 月 払 3 6ヶ 月 払 4 1 年 払	
資 格 取 得 年 月 日		平成 年 月 日				
被 保 険 者 住 所	市 区 町 村 コ ー ド		郵 便 番 号		都 道 府 県 名	
	町 名	カナ	建 物	カナ		
	丁 目	漢 字		漢 字		
電 話 番 号		( ) ー				
備 考						

- (注) 1. 資格取得年月日は任意継続被保険者の資格を取得する日(退職日の翌日)を記入してください。  
 2. 申出年月日は退職の翌日以降の日を記入してください。  
 3. 「市区町村コードがわからない場合は記入不要です。  
 4. この申請書は、退職の翌日から起算して20日以内に退職時の事業所の厚生担当に提出して下さい。  
 5. 被扶養者を認定する場合や取消す場合は「被扶養者(異動)届」【様式:資第20号】を添付して提出して下さい。  
 ※被扶養者を継続して認定する場合も「被扶養者(異動)届の」提出が必要です。

事 業 所 処 理 欄	事業所所在地:	課 長	審査投入責任者	審査投入担当者	受 付
	事業所名称:				平成 年 月 日
	事業主氏名:	印	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 被扶養者有の場合、又は取消す場合被扶養者(異動)届は添付されているか <input type="checkbox"/> 資格取得通知書及び保険料振込依頼書を作成し交付したか		
電 話 番 号 : ( ) ー	チェックポイント				

(平成17年1月)