

# Application for Voluntary Continuation of Health Insurance Coverage

トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

◆太枠内は全て記入して下さい

Example

(フリガナ)			Date of birth
Name	<b>Taro Kenpo</b>		昭和 平成 61年 1月 1日
Address	〒 1 5 6 - X X X X		[在籍時と変更の場合] 転居日 年 月 日
	<b>東京都 XXXXX</b>		
電話番号	No need		
保険料の 納付方法 <input checked="" type="checkbox"/> 選択ください	<input checked="" type="checkbox"/> 各月納付 ... <b>Frequency of premium payments</b> <input type="checkbox"/> 1年前納 ... <input type="checkbox"/> 半年前納 ...		
	・ Monthly ・ 1Year ・ Half a year ※次回以降は半期ごとに自動引落(振替日:3月)		
健保からの 給付金の 受取り口座	トヨタ <b>銀行</b> 信用金庫 丸山 支店 農協 注) 健保から給付金(家族療養費付加金など)をお支払いする場合は、必ずご記入ください。 上記の『自動引落の指定口座』をご記入ください。		
退職した (する)会社	名称	Information of your health insurance card or Eligibility Notification	
	保険証記号・番号	記号	5
	資格取得日	(入社	
	資格喪失日	(最終在籍日の	The day after your retirement date

銀行コード							
番号			種別	普通	(01)		
右づめで記入	0	0	9	9	9	9	9
口座名義 (カナ記入)	<b>ケンポ タロウ</b>						

↑ 本人様)名義の口座をご記入ください。