

健康保険 任意継続 被保険者 資格取得申請書

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

事業所担当者の 確認印
日付印

被保険者等	
記号	番号(右づめで記入)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏)	(名)

退職時の 事業所名		退職時の所属 (または出向先)	部 室・グループ 課 ・ 工場
被保険者の 住所・電話	〒	退職年月日	令和 年 月 日
	TEL	資格確認書 発行要否 ※1	<input type="checkbox"/> 発行が 必要 理由欄

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	収 入		同居	別居 単身赴任	施設 入居	その 他	資格確認書 発行要否 ※1	理由欄	◎保険料の納付方法(どちらか選んで○印をしてください)
				内 訳	平均月額 (税込)							
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		なし・年金 給与収入 その他 ()	円					<input type="checkbox"/> 発行が 必要		1. 一括前納 2. 毎月納入 【一括前納】 当年度分(任継取得月～3月まで)の保険料を一括納入すると割引になります。 【毎月納入】 毎月、当月分の保険料を当月の〔1日～10日〕の間に納入してください。 保険料が納入期日までに納入されていない場合は、資格がなくなります。 ※保険料の納入は、一括前納・毎月納入のいずれも銀行振込となります。
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		なし・年金 給与収入 その他 ()	円					<input type="checkbox"/> 発行が 必要		
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		なし・年金 給与収入 その他 ()	円					<input type="checkbox"/> 発行が 必要		
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		なし・年金 給与収入 その他 ()	円					<input type="checkbox"/> 発行が 必要		

※1 資格確認書の発行要否(資格確認書の発行が必要な場合は、「発行が必要」の□に✓をつけてください。)

以下の理由に該当する場合に限り、理由欄に下記①～③の番号を必ず記入してください。

- 理由欄 ① マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 ② マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 ③ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

給付金振込先 ※任意継続保険料の引き落としは行っておりません。			
金融機関名	支店名	預金種別	普・当
		口座 No.	
金融機関 コード	支店コード	口座 名義	カタカナ

健 保 記 入 欄	任 継 番 号	
	任 継 取 得 年 月 日	令和 年 月 日
	退 職 時 月 額	千円

菱 符 百 符 印