

健康保険
任意継続被保険者
資格取得申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係	係

※右記の健保組合記入欄は 記入しないでください	任意継続被保険者番号	
	退職時の標準報酬月額	千円

① 被保険者欄	被保険者等記号・番号				被保険者氏名				生年月日				性別		
	記号		番号		(フリガナ)				S	H	年	月	日	男	女
	現住所		〒										資格喪失年月日		
													令和 年 月 日		
	自宅 ()				携帯 ()				※資格喪失日が 任意継続資格取得日となります						
個人番号(記号・番号をご記入 いただいた方は記入不要です)								資格確認書発行要否				☐ 発行を希望する (※1)			

② 保険料納付方法	いずれかを選んで○印をしてください。 ※前納の納付期限は、資格取得年月日の属する月の月末となっていますので、 申請される時期によっては前納にて納付することができない場合がございます。	
	単月	毎月10日までに該当月分をお支払いいただきます。 納付書は月初にご自宅に郵送いたします。
	前納(年間)	任意継続資格取得月の翌月～当年度3月分までを 一括でお振込みしていただきます。
	前納(半期)	任意継続資格取得月が3～8月の場合は9月分まで、任意継続資格取得月が9～2月の 場合は3月分までを一括でお振込みしていただきます。

③ 被扶養者欄	被扶養者氏名				生年月日				性別	続柄	職業	年間収入	
	(フリガナ)				S	H	年	月	日	男	女		円
	現住所		(右記の項目のどちらかに○、被保険者と 異なる場合は住所をご記入ください。)				同居・別居		〒				
	資格確認書発行要否		☐ 発行を希望する(※1)										
	被扶養者氏名				生年月日				性別	続柄	職業	年間収入	
	(フリガナ)				S	H	年	月	日	男	女		円
	現住所		(右記の項目のどちらかに○、被保険者と 異なる場合は住所をご記入ください。)				同居・別居		〒				
	資格確認書発行要否		☐ 発行を希望する(※1)										

※1.資格確認書の発行が必要な場合は「☐ 発行を希望する」にチェックを入れてください。

受付年月日

以下に該当する場合に限ります。

- ・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。
- ・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。
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 提出