

常務理事	事務長	係

任意継続被保険者 資格取得申請書

下記申請書欄①～④太枠の中のみご記入ください。

①被保険者情報

被 保 険 者 情 報	記入日		令和 年 月 日			再就職が決まっている場合		令和 年 月 日付		
	在職時 健康保険	記号		番号		氏名	(フリガナ)			
	任継取得後 健康保険	記号	20	番号	(健保記入)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 女	
	資格喪失 の年月日	令和 年 月 日				資格喪失の際の 標準報酬月額		千円		
	住民票住所	(〒 -)				電話 (日中の連絡先)	TEL ()			
	現住所	☐ 住民票住所と同じ ☐ 住民票住所と異なる ➡ 右欄に記入してください				(〒 -)				
	E-MAIL	メールでの連絡が可能な方はご記入ください ➡				@				
	資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要		・資格確認書の交付については、マイナ保険証の利用登録をされていない方が対象となります ・マイナ保険証を利用登録されている方は、「資格確認書発行要否」欄の✓は不要となります						
	備 考									

②保険料納付方法

納 付 方 法	※下記より一つ選択し✓をしてください		
	☐ 毎月払い	・健保より発送する「保険料納付書」を使用し、金融機関よりお振込みください (ATMやインターネットバンキングからも可)	
	☐ 通年分の一括前納	・通年分とは、年度末(3月)までの括りです	

③健保からの給付金等振込口座

金 融 機 関 名	銀行コード					支店コード				口座番号	▼番号は左づめで記入			
	銀行・労働金庫・農協 信用金庫・信用組合					本店・支店 出張所				預金種別	口座名義			
										普通	本人名義			

④被扶養者の有無

被 扶 養 者	※下記の該当する方に✓をしてください		
	☐ 有	・被扶養者が有の場合は、別途書類が必要になります。	
	☐ 無		

健 保 記 入 欄	資格取得日	令和 年 月 日
	資格喪失予定日	令和 年 月 日
	被扶養者認定	令和 年 月 日
	資格確認書	☐ 発行 / 令和 年 月 日まで
	資格情報のお知らせ	☐ 発行 / 令和 年 月 日

受付印