

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 | 担当者 |
| | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|----------|--------------------------|--|---|------------------|----|------------------------------------|-------------|
| 勤務していた時 | 被保険者等の 記号・番号 | — | ※ 500 - | | | | | | |
| | (フリガナ) | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 女 |
| | 被保険者氏名 | | | | | | | | |
| | 資格取得年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 資格喪失時の 標準報酬月額 | 千円 | 被扶養者 の有無 | 無 有 ()人 |
| | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 令和 | 年 | 月 | 日 | ※任継取得時 | 千円 | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | 扶養家族がある方は「被扶養者 届」に 証明書を添付してください | |
| | 事業所所在地 | | | | | | | | |
| 申請手続き (✓印をつけてください) | <input type="checkbox"/> 納付書を郵送希望 <input type="checkbox"/> 健保組合に来所 | | 保険料の納付方法 (✓印をつけてください) | <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 半年分一括前納 <input type="checkbox"/> 毎月ごと <input type="checkbox"/> 年度分一括前納 | | | | | |
| 資格確認書発行要否 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード未取得・健康保険証登録を未実施等の理由で発行が必要な場合は✓印をつけてください | | | | | | | | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

【ご注意】

申請書は資格喪失日から20日以内に提出してください
 ※印は記入しないでください
 「住民票上の住所」と「居所」が異なる場合は、住民票上の住所の下に居所を追記してください

| | | |
|---------|-----|-----|
| 住民票上の住所 | 〒 — | |
| 氏名 | Tel | - - |
| | 携帯 | - - |