

## 任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

資格喪失時の 記号・番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇〇		
社員番号	〇〇〇〇〇					
氏名	フリガナ	ケンポ タロウ				
		健保 太郎				
申請者の住所	〒	151-0051				
		東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇				
生年月日	昭和 平成	〇年 〇月 〇日 (〇〇)歳	性別	男・女		
メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp					
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 〇年 〇月 〇日					
資格喪失時の所属会社名	株式会社〇〇〇〇					
資格喪失時の所属部署名	〇〇部					
給付金等振込先	〇〇〇	銀行	〇〇	本店		
	普通	口座番号	1234567	口座名義(カナ)	ケンポ タロウ	
保険料の納入方法	1. 毎月ごと 2. 1年分前納 3. 半年分前納					
被保険者同意欄	被保険者氏名 健保 太郎					
※ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)				
被扶養者状況	氏名	生年月日	性別	続柄	住所	
	健保 花子	昭 平 令	50年12月16日	女	妻	東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇
	※ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)			
	健保 桃子	昭 平 令	17年 9月 4日	女	長女	同上
	※ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)			
		昭 平 令	年 月 日			
※ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)				
	昭 平 令	年 月 日				
※ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)				

(注) 1. この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

## ※ 「資格確認書」発行対象者

「資格確認書」は、被保険者証の廃止に伴い、以下の対象者等からの申請に基づき交付し、医療機関の受診時に利用できます

- ・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

※ 健保記入欄	任意継続被保険者等 記号・番号	
	資格喪失予定日	令和 年 月 日
	資格喪失時 標準報酬月額	千円
	決定月額	千円
	初回保険料納入日	

受付日付印