

常務理事	事務局長	課長	担当者

任意継続被保険者資格取得申請書

※太枠内にご記入ください。

健康保険被保険者証		氏名		生年月日		性別
記号	番号	(フリガナ)		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)						
住所			所属していた事業所		資格喪失年月日(退職日の翌日)	
〒	TEL	携帯番号				年 月 日
口座情報(本人のものに限る) 保険給付金、保険料の還付が発生した場合にのみ使用します。 注)保険料の自動引落はできません。						
金融機関名:		支店名:		店番:	預金種別:普通・その他()	
口座番号:		口座名義(カタカナ):				
被 扶 養 者 氏 名	氏名	性別	生年月日		続柄	被扶養者のマイナンバー記載欄
	(フリガナ)	男 ・ 女	昭 平 令	年 月 日		
	(フリガナ)	男 ・ 女	昭 平 令	年 月 日		
(フリガナ)	男 ・ 女	昭 平 令	年 月 日			
(フリガナ)	男 ・ 女	昭 平 令	年 月 日			

任継記号	番号

- 任意継続被保険者制度の加入を申請します。
- 任意継続の資格を取得した後、毎月の納付期限までに納入しなかった場合には健保法第38条に基づき、翌日をもって資格喪失となることを了承いたします。

受付年月日