

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。					資格証明書の発行を希望する	<input type="checkbox"/>
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。
- 資格確認書の発行が必要な場合(以下に該当する場合に限り)は「」にチェックを入れてください。
 - ◆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

受付年月日