

決 裁	申 出 受 理			-
	常務理事	事務長		担 当

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

標準報酬月額 千円

① 健康保険被保険者の記号及び番号	記 号	1	番 号	123456	
② 被保険者の氏名・性別	氏 名	立川 太郎		性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
③ 生 年 月 日	昭和・平成・令和	〇〇	年	〇	月
④ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	〇〇	年	〇	月
⑤ 退職時の事業所名 (会社名)	株式会社 ○○○○				
⑥ 保険料納付方法	<input checked="" type="radio"/> 前納(通年分) <input type="radio"/> 前納(干期分) <input type="radio"/> 毎月納付				
※ご希望の納付方法を○で囲んでください	<small>【初回保険料について】※保険料は、被保険者加入申請日より2ヶ月以内にお支払いください。加入申請日が資格喪失月の翌月である場合は、初回保険料の納付期限は、納付書発行日より2ヶ月以内にお支払いください。納付期限までにお支払いがない場合は、任意継続の資格が停止されます。</small>				
⑦ 制度に関する確認 ※確認のうえ、「はい」を○で囲んでください	ア) 別添「任意継続について」をご覧になりましたか? ⇒ ⇒ <input checked="" type="radio"/> はい イ) 任意継続の制度について、内容を確認・理解しましたか? ⇒ ⇒ <input checked="" type="radio"/> はい				
⑧ 資格確認書の発行	<input checked="" type="radio"/> 必 要 ※発行理由番号記入→【 2 】 ・ 不 要				

【資格確認書発行理由】

1. マイナンバーカードを紛失した 2. マイナンバーカードのポートが必要 4. マイナンバーカードを作っていない 5. マイナンバーカードの有効期限が切れてしまった

・発行要否について、どちらかを○で囲んでください。
 ・**マイナ保険証の利用ができない状況の方は「必要」に○をし、【資格確認書発行理由】より該当する番号を記入**
 ・**マイナ保険証を利用している方は「不要」に○**

任意継続の制度を確認・理解したうえで、

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

【住民票上の住所】

〒 123-4567

東京都〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇

【居所 ※住民票と同じ場合は✓を記入することで省略可→ 】

〒 -

【電 話】 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(日中に連絡がとれる連絡先 : 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

【氏 名】 立川 太郎

健保からの連絡が必要な時に、日中連絡が取れる連絡先を必ず記入してください。会社を経由しない直接の取扱いになりますので、住所を含めて変更があった場合は、都度連絡をお願いします。