

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	係	確認

申請者記入欄	資格喪失時の被保険者等	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください													
	フリガナ 氏名							生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別				
	住民票住所	〒						(連絡が取りやすい)電話番号		-							
	居所	〒															
	資格喪失時の事業所名称												資格喪失日	令和	年	月	日
	所在地												〒				
	保険料納付方法 (希望する方法を○で囲んでください)												1. 毎月納入する。 2. まとめて納付(前納)する。(6ヵ月分・12ヵ月分)				
	資格確認書発行要否 ※(注)参照												<input type="checkbox"/> 発行が必要 (資格確認書(再)交付申請書の提出が必要となります)				

令和 年 月 日 提出 ※資格喪失日以降の日付でご申請ください。

※緊急連絡先は、申請者と同居ご家族以外の方をご記入ください。申請者と連絡が取れない場合は、緊急連絡先にご連絡いたします。

[緊急連絡先]

健保処理欄	資格取得年月日	年 月 日		
	資格喪失年月日	年 月 日		
	標準報酬月額	喪失時	千円	決定
		平均	千円	
	任継 記号-番号	8888 -		
任継資格喪失予定年月日	年 月 日			

[受付印]

住所	〒		
電話番号	-		
氏名			

(注) 資格確認書 発行要否について

資格確認書の発行が必要な場合は「発行が必要」の□に✓を付し、併せて資格確認書（再）交付申請書をご提出下さい。

※以下に該当する場合に限りです。

- ・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