

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請書

申請者記入欄 令和 年 月 日

勤務していた時の被保険者等 記号・番号										*記号・番号が分からない場合は個人番号を記入してください											
記号					—	番号															
氏名 (自署)										性別		生年月日									
										男 女		昭和・平成・令和 年 月 日									
勤務していた事業所名										標準報酬月額					資格喪失日(退職日の翌日)						
(会社名) (場所名)															令和 年 月 日						
住所		〒 -																			
住民票住所		同上 ☐		〒 -																	
電話番号		自宅: - - 携帯: - -																			
被扶養者の有無				無 ・ 有 ※有の場合、「被扶養者異動届」をご提出願います																	
資格確認書発行要否				※以下に該当する場合のみ、「 ☐ 」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を返納した者 ・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、利用登録を解除した者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている者 ☐ 発行が必要																	

※健保記入欄

被保険者等 記号・番号 999 —	一般保険料 円
資格取得年月日 年 月 日	調整保険料 円
資格喪失予定年月日 年 月 日	(小計) 円
資格喪失年月日 年 月 日	介護保険料 円
	保険料計 円

受付日付印