

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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	〇	〇	〇	—	番号	〇	〇	〇	〇	〇										
氏名 (自署)										性別	生年月日									
三菱 太郎										男 女	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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)															
〇〇〇〇株式会社					〇〇工場					千円					令和 年 月 日					
住所		〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1番1号																		
住民票住所		同上 ☒	〒 -																	
電話番号		自宅: 000 - 0000 - 0000 携帯: 000 - 0000 - 0000																		
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		☐ 発行が必要 ※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																		

※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