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	課　長	係　長	扱　者

勤務していた時の被保険者証の記号・番号	記号		番号		資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日
資格喪失の際、勤務していた事業所の名称等	事業所名称					
	事業所所在地	〒　　－ ☎　　－　　－				
申請者の氏名	（フリガナ）		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	被扶養者の有・無	有　・　無
申請者の住所	〒　　－ ☎　　－　　－　　携帯電話　　－　　－					
個人番号（マイナンバー）			次月からのご希望の保険料納付方法に〇をしてください。 各月　・　半期前納　・　通年前納			

令和　　年　　月　　日

※　資格取得決定事項　（健保使用 欄）	
記号・番号	―
資格取得年月日	.　　.
資格喪失年月日	.　　.
標準報酬月額	千円
申請者の喪失時の資格関係状況	取得　　.　　.
	喪失　　.　　.
	月額　　千円

【注意事項】

1. この申請は、資格喪失の日から 20 日以内に申請すること。
2. 個人番号（マイナンバー）をご記入いただけない場合は本人確認として「住民票謄本原本（本籍省略）」又は、「運転免許証の両面の写し」等を添付すること。
3. 被扶養者が「有」の場合は、「被扶養者(異動)届」を添付すること。
4. 事前にお住いの市区町村役場の国民健康保険課に（概算）年間保険料を問い合わせて、当組合の任継保険料と比較してください。
5. ※欄には記入しないこと。

／　受付日付印　＼

機缶健康保険組合