## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

											常務理事	事	务長	課	長	係	長	扱	者
勤務していた時の		記				番				資格喪	失年月日	4	令和		年		月		日
被保険者の記号・番号		号				号				(退職	日の翌日)		ነ ላ.ከ		<b>—</b>	•	/·3		н
   資格喪失の際、菫	効務し	事業所名称																	
ていた事業所の名	<b>乙</b> 称等				₹		_						<b>*</b>		_		-	_	
	(フリカ	(フリガナ)							昭和				被扶養			<del></del> 養者			
申請者の氏名								生年月日		•	年		月		の		有	•	無
										平成					有・無				
申請者の住所	₹		_																
						<del>a</del>	<u> </u>				_	携帯	電話				_	_	
個 人 番 号								Ş	次月からのご希望の保険料納付方法に〇をしてくだ						(ださし	١,			
(マイナンバー)								各月 ・ 半期前納				•	通年前納						
_							_							ŕ	令和	年	•	月	E

※ 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	取得
中間4の <del>長く</del> 時の 資格関係状況	喪失
只话以际认从	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。

機缶健康保険組合

受付日付印