

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	34xx	番号	1	資格喪失年月日 (退職日の翌日)				令和 1 年 5 月 2 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	株式会社 xx							
	事業所所在地	〒 136-0071 江東区亀戸x-x-x-x ○○ビル2階 ☎ 03 - x-x-x-x - x-x-x-x							
申請者の氏名	(フリガナ) キカン タロウ	生年月日	昭和	39年 10月 1日	被扶養者の有・無	有	無		
	機缶 太郎		平成						
申請者の住所	〒 136-0071 江東区亀戸x-x-x-x-x-x ☎ 03 - x-x-x-x - x-x-x-x 携帯電話 090-x-x-x-x-x-x-x-x								
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○をしてください。 各月 ・ 半期前納 ・ 通年前納									

令和 1 年 5 月 2 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】

- この申請は、資格喪失の日から 20 日以内に申請すること。
 - 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。
 - 被扶養者が「有」の場合は、「被扶養者(異動)届」を添付すること。
 - 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、当組合の任継保険料と比較してください。
- ※欄には記入しないこと。

受付日付印

機缶健康保険組合