

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

届出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	—	生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	フリガナ		入社年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
	氏名		退職年月日	令和	年	月	日	
	退職後の 自宅住所	〒 —						
	電話番号	自宅	() —	携帯	() —			
勤務していた 事業所名称	TEL () —							

保険料の 納付方法	1 毎月納付（口座振替）	「預金口座振替依頼書」を併せてご提出ください。
	2 前納（通年）	初回納付期間：取得月から3月まで
	3 前納（半期）	初回納付期間：取得月から9月または3月まで
ご希望の番号に○ をしてください。		
被扶養者 (ご家族)の有無	有・無	「有」の場合、「被扶養者異動届」・「扶養状況届」・「添付書類」を併せてご提出ください。
資格確認書	発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	A. マイナンバーカードを紛失した・更新中の方(別途、申請が必要です) B. マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に 同行して 資格確認を補助する必要がある方(別途、申請が必要です) C. マイナンバーカードを取得していない方 D. 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方 E. マイナ保険証の利用登録解除を申請した方 F. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方 G. マイナンバーカードを返納した方
	交付理由コードについて いづれかに○をしてください。 C・D・F・G ※A・Bは「資格確認書(再)交付 申請書」の提出が必要	

被 保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。
	<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

健 保 処 理 欄	資格登録	住所登録	納付書発行	納付期限	調定登録	資格情報の お知らせ	資格確認書	証発行有無	保険料入金
			<input type="checkbox"/> 調定担当へ	/				限度 高 長期 度 齢 期	
	振替依頼書 送付	初回振替日	任継台帳登録	引落口座登録	振替2ヶ月 以上調定登録	任継番号	88—		
	<input type="checkbox"/> 写し保管	ヶ月				任継資格 取得日	令和 年 月 日		

決定年月日 年 月 日

健 保 組 合	伺		
	常務理事	事務長	担当

事 業 主	主管	
	各長	担当

受付印