

# 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

届出日 令和 7 年 2 月 1 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	20 - 555555	生年月日	昭和 平成 40 年 1 月 15 日
	フリガナ	ケンコウ タロウ	入社年月日	昭和 平成 令和 2 年 4 月 1 日
	氏名	健康 太郎	退職年月日	令和 7 年 1 月 31 日
	退職後の 自宅住所	〒 000-0000 広島市中区〇〇町〇丁目〇番〇号		
	電話番号	自宅 (000)000-0000	携帯	(000)0000-0000
	勤務していた 事業所名称	〇〇〇〇(株)〇〇部 〇〇課 〇〇担当 TEL (000)000-0000		

保険料の請求書等をお送りしますので、ご退職後の住所をご記入ください。ご退職後に転居等により住所や電話番号に変更があった場合は、住所変更届の提出が必要です。

保険料の 納付方法	<input checked="" type="radio"/> 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。
	<input type="radio"/> 2 前納 (通年)	初回納付期：
	<input type="radio"/> 3 前納 (半期)	初回納付期間：
ご希望の番号に○ をしてください。		毎月納付の場合、初回保険料は、納付書により振込をお願いします。口座振替手続き完了後に口座振替となります。
被扶養者 (ご家族)の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" 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と同行して 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。 <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" 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。
		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	被保険者が必ず記入してください。 記入漏れの場合は、返却させていただきます。	資格情報の お知らせ	資格確認書	証発行有無	保険料入金
	振替依頼書 送付	初回振替			限 度 高 長 期	
決定年月日	年					
健 保 組 合	常務理事	事務長	資格喪失予定日の1カ月前から資格喪失日以降20日以内に、必要事項を記載のうえ、所属事業所の健康保険担当箇所を経由して、健康保険組合へ届くように提出してください。(資格喪失予定日の1カ月以上前の申請は受理できません) なお、資格喪失日以降に提出されるときは、直接、健康保険組合へ送付してください。 また、資格喪失日以降20日を過ぎて健康保険組合に届いた場合は、健康保険法の規定により任意継続被保険者の資格を取得することはできません。			