

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		担当者

① 健康保険等の 記号・番号	—	② (ふりがな) 氏 名		③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日 (才)	
④ 資格取得年月日	昭 平 令	年	月	日	⑤ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日
⑥ 資格喪失時の 標準報酬月額		, 0 0 0 円	⑦ 被扶養者の有無	有 ・ 無	⑧ 資格喪失時の限度額 適用認定証の発行	有※ ・ 無	※引続き必要な方で、マイナ保険証をお持ちでない 方は、申請してください。		
⑨ 資格喪失の際 雇用されていた 事業所	名 称								
	所在地								
⑩ 保険料納付は 右の通り希望 します	1. 納付書で毎月納付 2. 自動振替を利用して毎月納付 (手続完了までは納付書)		⑪ 給付金等の 振込先口座	銀行 支店 (口座番号)					
⑫ 資格確認書の 発行が必要	理由に○を付けてください ※マイナ保険証をお持ちの方には「資格確認書」は発行できません。 1. マイナンバーカードを持っていない 2. マイナ保険証 (保険証連携が済んでいるマイナンバーカード) を持っていない 3. その他 ()								
⑬ 備 考	※退職後、再就職が決まっている場合等、ご記入ください。								

上記の通り申請します。

〒

令和 年 月 日

申請者の 住 所 (退職後)

氏 名

電話番号

携帯番号

メールアドレス※

※退職後、電話が繋がらないときなどに使用します。

●この届は、資格喪失後 20 日以内に提出すること。