

(記入要領)  
黄色の部分をご記入ください。斜線部分は記入不要

|     |       |
|-----|-------|
| 受 付 | 年 月 日 |
| 決 定 | 年 月 日 |

| 決 裁  |      |   |
|------|------|---|
| 常務理事 | 事務長等 | 係 |
|      |      |   |

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

|                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                               |    |        |
|----------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------|----|--------|
| ① 健康保険被保険者等の記号及び番号   | 記号  | 220                                                                                                                                                                                                                                                                              | 番号 | ② 被保険者の氏名・性別                                  | 性別 | 男・女    |
|                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                               |    | ③ 生年月日 |
| ④ 旧健康保険被保険者等の記号及び番号  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    | 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 必要 (申請書要※) |    |        |
| ⑤ 資格喪失の年月日 (退職日の翌日)  |     | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | ⑥ 資格喪失の際の標準報酬月額 千円                            |    |        |
| ⑦ 資格喪失の際使用されていた事業所   | 名 称 | <div>☑チェックが必要な方 (一例)</div> <div><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていないため</div> <div><input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行っていない</div> <div><input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため</div> <div><input type="checkbox"/> マイナ保険証による受診には介助者などのサポートが必要</div> |    |                                               |    |        |
|                      | 所在地 |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                               |    |        |
| ⑧ 資格喪失の際の組合の名称       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                               |    |        |
| ⑨ 保険料納付方法 (イ・ロ・を選択)  |     | イ ・ 毎月払い <input checked="" type="radio"/> ・ 前納払い                                                                                                                                                                                                                                 |    |                                               |    |        |
| ⑩ お取引口座 (付加給付金の返還口座) |     | 南都銀行 支店 普通預金No.                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                               |    |        |

マイナポータル等で事前登録した公金口座の利用もできます

(注) ⑨申請書を提出された時期により、前納にて納付することができない場合があります。

⑪被扶養者 (該当のある方のみ)

既に南都銀行健康保険被扶養者で、継続して被扶養者として申請する方について記入してください。(住民票謄本と収入の証明が必要)

| 被扶養者の氏名              | 被扶養者の生年月日 | 性別                                    | 続柄 | 同居・別居                                  | 職業/年間収入       | 資格確認書要否                                |
|----------------------|-----------|---------------------------------------|----|----------------------------------------|---------------|----------------------------------------|
| (加) ナント ハナコ<br>南都 花子 | (和暦)      | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |    | <input checked="" type="radio"/> 同居・別居 | パート<br>100 万円 | <input type="checkbox"/> 必要<br>(申請書要※) |
| (加)                  | (和暦)      | 男・女                                   |    | 同居・別居                                  | 万円            | <input type="checkbox"/> 必要<br>(申請書要※) |
| (加)                  | (和暦)      | 男・女                                   |    | 同居・別居                                  | 万円            | <input type="checkbox"/> 必要<br>(申請書要※) |
| (加)                  | (和暦)      | 男・女                                   |    | 同居・別居                                  | 万円            | <input type="checkbox"/> 必要<br>(申請書要※) |

年 月 日

南都銀行健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請します。

⑫ 申請者の住所 氏名

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| 〒                                 | 住民票住所 |
| (住民票住所と居所住所が異なる場合のみ、居所住所もご記入ください) |       |
| 〒                                 | 居所住所  |
| 氏名                                |       |
| 電話番号                              |       |

⑬退職 (予定) 日

年 月 日

⑭ 備 考

記入上の注意

⑭には資格喪失の日 (退職などした日の翌日) から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。

※資格確認書発行必要の場合、資格確認書 (再) 交付申請書を提出してください。