

【受付印】

常務理事		事務長		担当者	
------	--	-----	--	-----	--

任意継続被保険者 資格取得申請書

NTN健康保険組合 理事長殿

別紙「任意継続被保険者制度のご案内」を精読し、内容について理解した上で、

任意継続被保険者の資格取得を申請します。

(※)「資格確認書の発行要否」は、裏面の【注意事項】を確認し漏れの無いよう記入して下さい。 令和 年 月 日

被保険者等 記号番号	—	被保険者の 氏名					
被保険者の住所	〒				資格確認書の発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要(※)		
被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	電話番号 (日中に必ず連絡可能な電話番号)		
資格取得の年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	退職時の 標準報酬月額 千円		
保険料納付方法 (希望するものに○)	毎月払い (口座振替)(注1)		毎月払い (納付書払い)		前納 (半年納付書払い)		
					前納 (1年納付書払い)		
→(注1)口座振替を希望される方は、「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」(A5サイズ、4枚綴り)の提出が必要です。							
資格喪失の際 の事業所	名称						
	所在地						
保険給付金の 振込口座(注2)	銀行 信金・信組 労金・農協		本店・出張所 支店・営業部		普通・当座		
	口座 番号			口座 名義	(フリガナ)		
	(注2)保険料の口座振替をされる方は、「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」に記載した口座をご記入ください。						
被 扶 養 者 届	氏名		性別	生年月日	続柄	同居	資格確認書の発行要否
			男・女	昭・平・令 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> 発行が必要(※)
			男・女	昭・平・令 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> 発行が必要(※)
			男・女	昭・平・令 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> 発行が必要(※)
備考	被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、こちらの備考欄へ記載して下さい。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)						

以下、健保記入欄

任継の 記号番号	30-	資格取得 年月日	年	月	日	資格喪失 年月日	年	月	日
-------------	-----	-------------	---	---	---	-------------	---	---	---

①取得入力日、納付書・確認書等送付 (年 月 日)	口座振替の方のみ
②初回保険料額 ¥	一般MBS開始日(年 月 日)満了月(年 月)
③初回保険料納付期日 (年 月 日)	介護MBS開始日(年 月 日)満了月(年 月)
④初回保険料納付日 (年 月 日)	*裏面の注意事項を確認の上、必要の方は☑を入れて下さい
⑤資格取得通知書送付日 (年 月 日)	
⑥MBS振替依頼書送付日(該当者のみ)(年 月 日)	
⑦確認書受領日 (年 月 日)	

【注意事項】

* 資格確認書の発行が必要の方は☑を入れて下さい。ただし、次の方に限ります。また、☑を入れた方は、別途**資格確認書**の交付申請書もこの申請書に併せて提出が必要です。

A: マイナンバーカードを紛失した・更新中の者

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化右人を補助する必要がある者

C: マイナンバーカードを取得していない者、

D: マイナンバーカードの返納者

E: 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者、利用登録を解除申請した者、利用登録解除者

F: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

記入例

常務理事		事務長		担当者	
------	--	-----	--	-----	--

任意継続被保険者 資格取得申請書

NTN健康保険組合 理事長殿

別紙「任意継続被保険者制度のご案内」を精読し、内容について理解した上で、

任意継続被保険者の資格取得を申請します。

令和 年 月 日

被保険者証の 記号番号	1 - 234567	被保険者の 氏名	山田 太郎		
被保険者の住所	〒 550-0003 大阪市西区京町堀1-〇-〇				
被保険者の生年月日	昭和 平成 30 年 8 月 1 日	電話番号	090-1234-5678 (日中に必ず連絡可能な電話番号)		
資格取得の年月日 (退職日の翌日)	令和 3 年 8 月 1 日 (退職日:令和3年7月31日)	退職時の 標準報酬月額	200 千円		
保険料納付方法 (希望するものに〇)	<input checked="" type="radio"/> 毎月払い (口座振替) (注1) <input type="radio"/> 毎月払い (納付書払い) <input type="radio"/> 前納 (半年納付書払い) <input type="radio"/> 前納 (1年納付書払い)				
→(注1)口座振替を希望される方は、「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」(A5サイズ、4枚綴り)の提出が必要です。					
資格喪失の際 の事業所	名称	NTN(株) 〇〇製作所			
	所在地	〇〇市〇〇町〇-〇-〇			
保険給付金の 振込口座(注2)	銀行 信金・信組 労金・農協	〇〇	△△	本店・出張所 支店・営業部	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座
	口座 番号	0123456		口座 名義	(フリガナ) ヤマダ タロウ 山田 太郎
	(注2)保険料の口座振替をされる方は、「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」に記載した口座をご記入ください。				
被扶養者届	氏名	性別	生年月日	続柄	同居
	山田 花子	男・女	昭和・平・令 33 年 5 月 5 日	妻	<input checked="" type="radio"/> 同・別
		男・女	昭和・平・令 年 月 日		同・別
		男・女	昭和・平・令 年 月 日		同・別
備考	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、こちらの備考欄へ記載して下さい。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)				

以下、健保記入欄

任継の 記号番号	30-	資格取得 年月日	年 月 日	資格喪失 年月日	年 月 日
-------------	-----	-------------	-------	-------------	-------

①取得入力日、納付書・確認書等送付	(年 月 日)	口座振替の方のみ
②初回保険料額	¥	一般MBS開始日(年 月 日)満了月(年 月)
③初回保険料納付期日	(年 月 日)	介護MBS開始日(年 月 日)満了月(年 月)
④初回保険料納付日	(年 月 日)	*裏面の注意事項を確認の上、必要の方は <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい
⑤資格取得通知書送付日	(年 月 日)	
⑥MBS振替依頼書送付日(該当者のみ)	(年 月 日)	
⑦確認書受領日	(年 月 日)	