

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

記号番号	1 - 234567		被保険者の氏名	山田 太郎		
被保険者の住所	〒 530-0005 大阪市北区中之島3-0-0				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	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○)	<input checked="" type="checkbox"/> 毎月払い (口座振替) (注1) <input type="checkbox"/> 毎月払い (納付書払い) <input type="checkbox"/> 前納 (半年納付書払い) <input type="checkbox"/> 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) ○○製作所				
	所在地	○○市○○町○-○-○				
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	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	資格確認書の発行要否
	山田 花子	男・女	昭和 平成 33 年 5 月 5 日	妻	同・別	<input type="checkbox"/> (/) 発行が必要(※)
		男・女	昭和 平成 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> (/) 発行が必要(※)
備考	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)	子育てMBS開始日(年 月 日)満了月(年 月)
⑤資格取得通知書送付日	(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
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)	