

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

申出者記入用

取

●申出書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

申出者情報	勤務していた時に使用していた被保険者等の(左づめ)	記号 1 0	番号 1 2 3 4	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 5 0 0 5 0 5
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	自署の場合は押印を省略できます。		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所 (〒 942 - 0157) 新潟 都 道 上越市頸城区城野腰5555	電話番号 (日中の連絡先) TEL 025 (530) 5555	携帯: 090-1234-5678	Mail: ×××××@gmail.com

勤務していた事業所の名称	直江津電子工業(株)	所在地
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 6 年 4 月 1 日	資格確認書(※) 発効要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

保険料の納付方法	保険料の納付方法について、希望する番号をご記入ください。 3 1. 毎月納付 2. 6ヶ月前納 3. 12ヶ月前納	1・2・3 いずれか選択してください。
----------	--	---------------------

健康保険 被扶養者届【資格取得時】●任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方についてご記入ください。●資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」をご提出ください。

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) ケンポ ハナコ (氏) 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50 年 5 月 10 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄 妻	職業 無職	年間収入 0 万円	同居別居の別 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
	資格確認書 発効要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要						
	★資格確認書について 原則、マイナ保険証の利用をお願いしておりますが、マイナ保険証をお持ちでない方は資格確認書を交付しますので、「発行が必要」の口に入力し、「資格確認書交付申請書」にて申請してください。 ・マイナ保険証をお持ちの方は、「資格確認書交付申請書」の記入は不要です。 ・特段の事情もなく、念のため持っておきたいなどの申請理由の場合は交付できません。 ・マイナ保険証を所持していることが確認できた場合、資格確認書は交付いたしません。 ・発行は下部(※)記載の対象者に限ります。						

(※) 資格確認書発行対象者

- マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- マイナンバーカードを保有しているが健康保険証の利用登録を行っていない者
利用登録を解除した者
- マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

受付日付印

常務理事	係