

常務理事	事務長		

任意継続被保険者資格取得申請書

※以下太枠内を記入の上、「退職日の翌日から20日以内」に提出してください。

健康保険 記号・番号	記 号		番 号		退職年月日	令 和	年	月	日
フリガナ					退職時所属				
被保険者氏名					生年月日	昭和・平成	年	月	日〔 歳〕
退職後の住所	〒				自宅 TEL	()			
					携帯 TEL	()			
					e-mail				
					資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要(マイナ保険証保有者はチェック不要)			
給付金等の 振込先口座 (保険料は口座引 落ではありません)	金融機関名・ コード			支店名・ コード		預金種別	口座番号		
	銀行			支店		普通預金			
	口座名義 (カタカナで記入)								

被扶養者	フリガナ 被扶養者氏名	続柄 (妻・長男・ 長女等)	生 年 月 日	年齢	資格確認書 発行要否
			昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要 (マイナ保険証保有者はチェック不要)
			昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要 (マイナ保険証保有者はチェック不要)
			昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要 (マイナ保険証保有者はチェック不要)

(注) マイナ保険証を持っていない場合、資格確認書を発行します。

9その他・99001・420920

健康保険 組合記入欄	任意継続 記号・番号	記 号	9901	番 号	
	任意継続 資格取得年月日	令和	年	月	日
	任意継続 資格満了年月日	令和	年	月	日
	任意継続 喪失予定年月日	令和	年	月	日
	退職時の標準報酬月額	千 円			
	規約による標準報酬月額	千 円			
	適用する標準報酬月額	退 職 時 ・ 規 約			
	マイナ保険証利用状況	本人	利用中 ・ 未連携	家族	① 利用中 ・ 未連携 ② 利用中 ・ 未連携 ③ 利用中 ・ 未連携
	健康保険料(月額)	円			
	介護保険料(月額)	40-64歳加入者 有・無 円			
合計保険料(月額)	円				

受付日付印

初回保険料納付期限日 令和 年 月 日 回収：保険証 枚・高齢・限度