

常務理事	事務長	課長	主任	係員

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請年月日	令和 年 月 日				
健康保険被保険者	記号	番号	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日( 歳)
勤務していた事業所	名称			資格喪失年月日	令和 年 月 日
	所在地			資格喪失時の標準報酬月額	千円
住民票の住所	〒			電話番号	自宅 ( ) 携帯 ( )
※1 居所	〒			備考	
※あなたの取引先銀行	銀行名	フリガナ	支店名	フリガナ	口座番号
	コード		店番		
	フリガナ		口座名義人	フリガナ	

	任意継続加入希望者	個人番号(12ケタ)	資格確認書の発行が必要	※1 居所住所欄は、住民票の住所と居所が違う場合に記入してください。
	被保険者(同上)	-	<input type="checkbox"/>	※給付金や補助金をお振込する口座となりますので、お間違えないようご記入ください。
被扶養者	①	-	<input type="checkbox"/>	※保険料の口座引き落としをご希望の場合は、別途お申し込みが必要です。
	②	-	<input type="checkbox"/>	マイナ保険証を持っている⇒左欄空欄のまま
	③	-	<input type="checkbox"/>	マイナ保険証を持っているが使用するのが困難(高齢者、障害者等)⇒左欄に☑を入れる
	④	-	<input type="checkbox"/>	マイナ保険証を持っていない⇒左欄に☑を入れる

上記のとおり申請します。

〈健保処理欄〉

確認欄	下記を確認の上、左に☑をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

任継記号番号	200 -
介護保険	有 ・ 無
保険料納付方法	毎月・半年前納 ・ 一括前納 ・ 自動引落し
初回保険料納付日	令和 年 月 日