

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の健康保険被保険者整理番号	記号	番号	任意継続後の健康保険被保険者整理番号	記号	番号
			999		
資格喪失年月日	令和 年 月 日		資格喪失の際の標準報酬月額	千円	
資格喪失の際使用されていた事業所	名称				
	所在地				
上記事業所入社前2年の職歴	自 年 月 日 至 年 月 日		事業所名称	所在地	
給付金振込の銀行名 (通帳のコピーを添付)	銀行・金庫・信組 農協・( )		本店 支店	口座番号 (普通)	
保険料の納付方法	毎月納付 ・ 前納 (通期) ・ 前納 (半期)		備考		
住民票住所と居所が異なる場合	居所	〒 —			
資格確認書発行要否 <small>(必要な場合チェックを入れてください)</small>	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※右記に該当する場合のみ		<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者</li> </ul>		

※住民票の住所を正確にご記入ください。

上記のとおり申請します。

申請者 住所 〒 —

令和 年 月 日

都・道  
府・県

フリガナ

氏名

生年月日

昭・平 年 月 日生

性別

男・女

自宅電話番号

携帯電話番号

神奈川県電設健康保険組合理事長 殿