

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

記入例

資格喪失時の健康保険被保険者整理番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇	任意継続後の健康保険被保険者整理番号	記号 999	番号
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	〇〇〇〇〇〇〇〇 株式会社			
	所在地	〇〇県 〇〇市 〇〇区 〇〇町 〇〇			
上記事業所入社前2年の職歴	自 年 月 日	事業所 名称	所在地		
	至 年 月 日	〇〇〇 銀行・金庫・信組 本店	口座番号 (普通) 〇〇〇〇〇〇〇〇		
保険料の納付方法	毎月納付	前納(通期)	前納(半期)	備考	
共	所	〒 ー			
資格確認書発行要否 (必要な場合チェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※右記に該当する場合のみ		・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利用登録を行っていない者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者		

ご希望の納付方法を選び〇で囲ってください

資格確認書の発行が必要な際にチェックしてください

添付いただく通帳の写しと同じ口座をご記入願います

住民票住所と居所が異なる際にご記入願います

※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 〒 〇〇〇—〇〇〇〇

令和 年 月 日

記載日を記入(退職日の翌日以降の日付で)

都・道
〇〇〇 府(県) 〇〇市 〇〇区 〇〇町 〇〇—〇〇—〇〇
リガナ デンセツ タロウ

※赤字の箇所を記入願います。

電設 太郎

生年月日
昭・平〇〇年〇〇月〇〇日生

神奈川県電設健康保険組合理事長 殿

性別 自宅電話番号 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
男・女 携帯電話番号 〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇