

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

決	常務理事	事務長	事務次長	担当
裁				

令和 年 月 日提出

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください
 ◎「※」印欄は記入しないでください。

※健保使用欄	任継記号 ※ 8 8 8 8	任継番号 ※(左詰め)	資格取得年月日 ※ 年 月 日 令和	資格喪失予定年月日 ※ 年 月 日 令和	標準報酬月額 ※ 千円	備考
資格喪失時の健康保険被保険者の 記号		被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須) (氏) (名)		被保険者の生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		性別 男・女
番号 (左詰め)		住所		電話番号		被扶養者の有無 有(人)・無
メールアドレス		希望しない				
最後に被保険者として使用されていた事業所	名称 所在地	最後に被保険者の資格を喪失した年月日 令和 年 月 日				
保険料支払方法 (いずれか☑)	<input type="checkbox"/> 1年前納(加入月～当年度3月分まで一括払い)		<input type="checkbox"/> 半年前納(4～9月分・10～3月分の2回払い)			
	<input type="checkbox"/> 毎月払い(三井住友銀行へ払込み)		<input type="checkbox"/> 毎月払い(ゆうちょ銀行より自動引落)			
健保組合からの保険給付費等の振込口座 ※被保険者名義のみ	銀行	支店	普通・当座	口座番号		
確認欄 <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。※☑をお願いします。 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無いか申請者本人が確認している。			◆資格確認書 交付申請書 添付 ※いずれかに○ あり・なし		受付印

注)資格喪失の日から20日を経過した場合は加入できません。 ※退職日の翌日から20日以内に健保必着。

◆2024年12月2日法改正のため、資格確認書の交付が必要な方は本申請書と一緒に「資格確認書 交付申請書」の提出が必要です。
 なお、マイナンバーカードをお持ちの方は、マイナ保険証登録をお願いします。マイナ保険証登録済みの方は資格確認書は不要です。