健康保険　任意継続被保険者 資格取得申請書

記入例

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。

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（または事業主担当者や証明者）の氏名（サイン）を記入してください。
例　：　~~あいうえお~~　かきくけこ（健保太郎）

※健保使用欄	任継記号	任継番号	資格取得	備考
	※ 8888	※（左詰め）	※ 令和　年	

資格喪失時の健康保険被保険者の 記号	番号	被保険者の氏名（押印不要。下記確認欄☑必須）		被保険者の生年月日	性別	被扶養者の有無
1234	（左詰め）5678900	（氏）健保	（名）太郎	5.昭 7.平 9.令　年　月　日 470908	男・女	有（1人）・無

被保険者の住所	電話番号
〒103－0000 東京都中央区〇〇1－1　△△マンション101	03－××××－×××× ※日中連絡がつく番号を記入。

【お願い】
電話番号・メールアドレスは、必ず健保から連絡ができるものをご記入ください。
希望しない方は、「希望しない」を選択してくださ

メールアドレス	xxxxxxxxxxxxx@xxxxx.xxx　※kenpo@msdm-hd.comを受信できるように設定をお願いします。／　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	（会社名）	令和　年　月　日	010501
所在地	（会社住所）		

就職の予定のある方は、ご面倒でも毎月払いを選択してください。
保険料の返還が必要となった場合に、煩わしい還付手続きを省略できることがあります。

保険料支払方法（いずれか☑）		
	☐　1年前納（加入月　～　当年度3月分まで　拾払）	☐　半年前納（4～9月分　10～3月分の2回払い）
	☐　毎月払い（三井住友銀行へ払込み）・	☐　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 ※被保険者のみ	銀行	支店

必ず、被保険者名義の口座について記入して下さい。

【重要】
必ず☑をお願いします。
押印に変わる重要事項となります。

【重要：R6.12.2法改正】
R6.12.2より新規保険証交付廃止となっております。
「資格確認書」は、医療機関等でマイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない状況にある場合に交付するものです。
念のためという理由では発行できません。

確認欄		◆資格確認書　交付申請書　添付	受付印
☑	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。 ②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。	※いずれかに〇　あり・なし	

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日以内に健保に到着するように発送してください。
例：3月31日退職の場合・・・4月20日までに健保に必着

◆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。