

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※被保険者等		記 号	9 0 0 0		番 号	(※健保記入)												
資格取得日		令和		年	月	日	(退職日の翌日)											
資格喪失時	事業所名																	
	被保険者等		記 号			番 号												
	標準報酬月額		千 円															
保険料納付方法		単月払		半年前納		(どちらか選び○印)												
※喪失予定日		令和		年	月	日	(※健保記入)											
備 考																		
保険給付受取口座	ゆうちょ銀以外	金融機関名							金融機関番号 (右づめ)									
		店 舗 名							店 舗 番 号 (右づめ)									
		預 金 種 目 (いずれかに○印)		普通			当座		口座番号 (右づめ)									
		ゆうちょ銀行		通帳記号 (右づめ)						通帳番号 (右づめ)								
		フリガナ																
		口座名義人																

マイナンバーカードの保有 (いずれかに○印)	もっている	もっていない
<マイナンバーカードをもっている方> マイナ保険証の登録 (いずれかに○印)	登録している	登録していない

上記のとおり申請します。
なお、届出住所は住民票上の住所と相違ありません。

<申 請 者>

〒 _____
住 所 (住民票上の住所をご記入ください)

氏 名

電 話 _____

(健康保険組合使用欄)

受 付 日	決 定 日	常務理事	事務長	係