常務理事	事 務 長	課　　長		担 当 者

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

※組合記載欄

記号－番号	資格取得日	資格喪失予定日	標準報酬月額
－	年　月　日	年　月　日	千円

申請者

氏名	生年月日	性別
㊞	年　月　日	男 ・ 女

住所　〒　　－

TEL

銀行口座（高額療養費の支給等の際にこちらの口座に振り込みます）

☐ マイナポータルに登録の公金受取口座で受け取ります。（下記、銀行口座等の記入は必要ありません）

銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通 当座	口座番号

次回以降の保険料の納付単位（ご希望の単位を選択してください。）

ひと月ごと　・　年度末まで１年分前納　・　半年分の前納（9月まで/年度末まで）

最後に使用されていた事業所

保険証 記号－番号	資格喪失日	退職時の標準報酬月額
－	年　月　日	千円
事業所名		
事業所所在地		

被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

【注意事項】　※必ずお読みください。

☐太枠内にご記入・ご捺印ください。

☐本書申請後、１週間以内に保険料を納めてください。
　入金が確認できない場合は、申請取り消しとなりますのでご注意ください。

☐次回以降、保険料を納め忘れた場合は、納入期日の翌日で資格喪失となります。

☐扶養家族がいる場合は、本書のほか、扶養異動届および収入証明等が必要です。

☐公金受取口座での受け取りにチェックいただいた場合、個人番号等を基に情報照会させていただくことに同意されたものとみなします。