健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書

①個人番号(マイナンバー)を**必ず**記入

任意継続被保険者等の記号及び番号	※ 記号　99　番号	① 個人番号（マイナンバー）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
② 健康保険被保険者等の記号及び番号	記号　100　番号　100	③ 資格喪失の年月日	令和　6　年　12　月　1　日							④ 被扶養者の有無			有・無	
⑤ 資格喪失の際に勤務していた事業所名	○○労災病院	⑥ 資格喪失の際の標準報酬月額	410							⑦ 保険料額			42,132	円
⑧ 保険料の納付方法	1.月納 2.前納 （前期のみ・半期ご	⑨ 資格確認書　発行要否	☑発行が必要							⑩ 備考				

④「有」を選択した場合は、
健康保険　被扶養者異動（増）届も提出

ご希望の保険料の納付方法を選択
※無回答の場合は、月納

資格確認書の発行が必要な場合は、**チェック(✔)を入れる**こと
（併せて「資格確認書（再）交付申請書」も提出）

（注意）

1　※印の欄は記入しないでください。

2　**被扶養者が有に○をされた方は、健康保険　被扶養者異動(増)届**に必要書類を添付して提出してください。
なお、被保険者本人の収入が分かるもの(任意継続加入日以降の給与見込証明書)等も併せて提出してください。

3　申請書は退職後20日以内に当健康保険組合に届かなければなりません。□
(例:③の資格喪失日が4月1日の場合、4月20日必着です。ただし、土日祝日の場合は、直前の平日です。)

4　**「資格確認書　発行要否」欄にチェックを付けた場合は、資格確認書(再)交付申請書を併せて提出してください。**

保険給付金等振込口座指定届

この届書きは貴殿に健康保険法及び組合規
に必要となりますので、貴殿が取引されてい
ださい。

住民票住所と日中連絡可能な電話番号を記入
居住所と住民票住所が異なる場合は、居住所も記入

フリガナ	ケンコウ　○○
金融機関名	健康　銀行・農協　信金・信組　労金・ゆうちょ銀行　○○　支(本)店 （金融機関番号　100　）　店舗番号または ゆうちょ銀行記号(5桁)　100
本人名義口座	1　普通　2　当座　3　ゆうちょ　口座番号　1234567
名義名（カナ文字で記入）	ケンポ　タロウ

（保険料引落しのための口座ではありません）

上記のとおり申請します。

令和　6　年　12　月　1　日

住民票住所	〒○○○－○○○○ ○○県○○市○○町1－1－1
居住所（異なる場合のみ）	〒△△△－□□□□ ○○府○○区○○2－2－2
電　話	○○○－○○○○－○○○○
氏　名	健保　太郎　男・女
生年月日	昭和・平成　42　年　4　月　1　日生

※住民票住所と居住所が異なる場合は、「資格情報のお知らせ」等を居住所に送付します。