

提出先: 事業所(会社)

R6-3改定

受付・決定	
-------	--

常務理事	事務長		担当者

記号	3098
番号	
等級	等級

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

太枠内を記入してください。 ※申出期限は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内です。

フリガナ		性別	男・女	退職時の被保険者 記号・番号	記号	番号		
被保険者 氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
資格喪失日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	資格喪失時の 標準報酬月額	千円		
勤務していた 事業所(会社)	事業所名	『資格確認書』※の交付 が必要な場合はチェック → <input type="checkbox"/> を入れてください						
	事業所所在地	※マイナ保険証を持っていない場合のみ 交付(マイナンバーカードをマイ保険証として 利用登録している方はチェック不要です)						
被扶養者氏名	続柄	被扶養者氏名	続柄	被扶養者氏名	続柄	被扶養者氏名	続柄	
保険料支払方法の 選択(○で囲む)	(1) 全期前納払い (2) 半期(二期)支払 (3) 毎月支払 ・納付書・ATM・ネットバンキングのいずれかの方法にてお支払いいただきます。 ・振込手数料はご負担いただきます。							
還付金等振込口座 (本人名義) 保険料支払の自動引落 口座ではありません	銀行 金庫 組合	普通 支店 ・ No. 当座	ゆうちょ銀行は指定できません。					
備考								

上記のとおり申出いたします。

令和 年 月 日

ユアサ健康保険組合理事長 殿

〒 -

申出者住所

申出者氏名

印

自署の場合
㊞省略可

電話番号 自宅

携帯

E-mail

@

注
意
事
項

- ・本申出書を受理後、申出者住所に「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」※、「保険料納付書」等を書留(レターパック)で郵送します。
- ・「資格確認書」はマイナンバーカードをマイナ保険証として利用登録している場合は交付しません。
- ・退職後に転居される場合は、転居後の住所を記入してください。
- ・転居の時期や長期不在により、受取れない可能性がある場合は必ず健保にお申し出ください。
- ・「健康保険証」は、令和6年12月2日に廃止となりましたので、交付いたしません。