

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	ケンポ タロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	退職時の保険証の記号・番号	記号	XXXX	番号	XXXX
被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	XX年XX月XX日	年齢	XX	歳	
資格喪失日(退職日の翌日)	令和 XX年XX月XX日	資格喪失時の標準報酬月額	XXX		千円			
勤務していた事業所(会社)	事業所名	000000			『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	00県00市00-00			※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	
健保 花子	妻	健保 次郎	長男					
保険料支払方法の選択(○で囲む)	(1) <input checked="" type="radio"/> 全期前納払い (2) <input type="radio"/> 半期(二期)支払 (3) <input type="radio"/> 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	00000	<input checked="" type="radio"/> 銀行 金庫 組合	00000	支店	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座	No. XXXXXXXXXXXXX		
備考	ゆうちょ銀行は指定できません。							
上記のとおり申出いたします。								
ユアサ健康保険組合理事長 殿				〒 XXX-XXXX		令和 XX年XX月XX日		
申請者住所				東京都00区00-00				
申請者氏名				健保 太郎 <input type="text"/> 自署の場合 <input type="text"/> 省略可				
電話番号 自宅				XX-XXXX-XXXX				
携帯				XXX-XXXX-XXXX				
E-mail				XXXXXXXX @ XXXXXXXX				

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。