

提出先: 事業所(会社)または健保

R8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。

※太枠内の項目は全て必須です。【注意事項】をよくお読みください。

※申出期限は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内です。

私は注意事項を確認のうえ、下記の通り申請します。				記入日	令和 年 月 日		
フリガナ		性別	男・女	退職時の被保険者 記号・番号	—		
被保険者 氏名		自署の 場合、 省略可	生年月日	昭和 平成	年	月	日 年齢 歳
勤務していた 事業所(会社)名			『資格確認書』※の交付 が必要な場合はチェック → <input type="checkbox"/>		※①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)		
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		
住所	住民票 住所	〒 -					
	居所 (書類送付先)	〒 - <input type="checkbox"/> 住民票住所と居所住所は同じです(✓を入れれば 居所住所は記入不要)					
	E-mail	@					※②健保組合からののお知らせや通知は E-mailでお送りします。 正しくご記入ください。
連絡先	電話番号	携帯			自宅		
	【注意事項】 <ul style="list-style-type: none"> 本申出書を受理後、居所住所に「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」※、「保険料納付書」等を郵送します。「資格確認書」のある場合は、レターパックプラス(書留)で郵送します。 ※①「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いたしません。 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、郵送物が受け取れない可能性がある場合は必ず健保組合にお申し出ください。 E-mailに記入内容に誤りがある場合、お知らせや通知をお送りできません。 ※②特に「0」(ゼロ)と「O」(オー)、「1」(イチ)と「I」(エル)と「J」(アイ)、ハイフン「-」とアンダーバー「_」等の混同にご注意ください。 						
被扶養者氏名	続柄	生年月日	『資格確認書』 交付必要	被扶養者氏名	続柄	生年月日	『資格確認書』 交付必要
		昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>			昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>
		昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>			昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>
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ください。						
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			
備考	ゆうちょ銀行は指定できません。						