

任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者

申請期限:資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内

記号	XXXX	番号	XXXXXX	勤務していた会社・事業所	〇〇株式会社 〇〇事業所		
氏名	フリガナ	ケンコウ タロウ		生年月日	退職日		
		健康 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y 年 M 月 D 日	令和 Y 年 M 月 D 日		
退職後の住所	〒 XXX - XXXXXX 〇〇県 〇〇市 〇〇町 X-X-X			マンション名・号室まで ご記入ください			
電話番号	自宅 XXX - XXXX - XXXX		メール アドレス	XXXX.YYYY @ XXXX.YYYY			
マイナ保険証による受診ができない方のみ		発行が必要な場合は「資格確認書交付申請書」を添付してください					
資格確認書発行要否	発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行が必要な場合は <input checked="" type="checkbox"/> の上 資格確認書交付申請書を添付してください						
保険料納付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い <input type="checkbox"/> 口座振替依頼書を添付		<input type="checkbox"/> 前納 (半年)		<input type="checkbox"/> 前納 (1年)		
同意書	<input checked="" type="checkbox"/> 保険料の支払いが納付期限を過ぎた場合は、資格が喪失することに同意します。						
口座は必ずご記入ください 給付金振込口座 (納付方法に関わらず必ずご記入ください)							
金融機関コード	銀行 支店コード		支店	種目	口座番号	フリガナ	ケンコウ タロウ
X X X X	〇〇〇 Y Y Y		△△ 本店 出張所	普通預金	X X X X X X X	口座名義人	健康 太郎
ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入							

被扶養者						マイナ保険証による受診ができない方のみ
フリガナ	ケンコウ ユウコ	続柄	生年月日	居住地	発行必要	<input type="checkbox"/>
氏名	健康 優子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y 年 M 月 D 日	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	発行が必要な場合は 資格確認書交付申請書 を添付してください	
フリガナ		続柄	生年月日	居住地	発行必要	<input type="checkbox"/>
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	を添付してください	
フリガナ		続柄	生年月日	居住地	発行必要	<input type="checkbox"/>
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要な場合 資格確認書交付申請書 <input checked="" type="checkbox"/> 納付方法 月払いの場合 口座振替依頼書 <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座がゆうちょ銀行の場合 通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ) <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者が被扶養者でなく他の家族を扶養する場合 配偶者の収入を確認できる源泉徴収票コピー・公的収入証明コピーなど	申請書提出前に必ず確認してください
------	--	-------------------

健保記入欄	記号・番号	9990 -
	資格取得日	年 月 日
	資格喪失日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 申出 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 満了
	標準報酬月額	千円
	備考	

発信者印

※受付日付印