

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者

任意継続保険をご希望の場合は、申請書を提出する前に当組合までご連絡ください。

(TEL 048-832-7882 任意継続保険担当者まで)

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

任意継続保険被保険者 記号-番号
(※)7000-

(※)欄は記入しないでください。

注意：申請書は資格を喪失した日より20日以内に提出してください。

《 申請者記入欄 》 太枠の中をご記入ください。

勤務していた時の 記号-番号	記号	番号	申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	〇〇〇〇	×××		
申請者氏名	健保 太郎		性別	生年月日
			男 ・ 女	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 平成
住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (保険料納付書及び医療費通知書等の送付先住所となります) 埼玉県さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇-〇			
電話番号	自宅	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
被扶養者申請の有無	<input type="checkbox"/> 有(名) → 被扶養者(異動)届及び証明書類等が必要になります。 <input type="checkbox"/> 無			
勤務していた 事業所名称	(医) 〇〇病院		資格確認書発行要否 <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	
資格取得日・喪失日	資格取得年月日		資格喪失年月日(退職日の翌日)	
	平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日		令和 年 月 日	
保険料の納付方法	保険料の納付方法について、希望する番号に○をご記入ください 1. 毎月(単月毎)納付 ②. 6ヶ月前納 3. 12ヶ月前納			
・6ヶ月前納については、「取得した月の翌月から9月分」、「10月分～年度3月分」までとなります。 ・12ヶ月前納については、取得した月の翌月から同年度3月分までとなります。 ・任意継続被保険者の保険料は、事業主負担分がなくなりますので介護保険料も含めて全額本人負担になります。 上記のとおり申請いたします。				

・申請書受付後、担当よりご本人へ確認の連絡をさせていただく場合があります。

受付印

(※) 申請者への連絡確認日	令和 年
----------------	------

資格確認書は、マイナ保険証による資格確認ができない場合の代替措置として、マイナンバーカードを取得していない方やマイナ保険証利用登録をしていない方等へ交付します。