

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申請書

任継記号	番号
999	(ここには何も記入しないでください)

- (注) 1. 別紙「任意継続被保険者の方へ」をよく読んでから記入してください。
2. 指定した金融機関の預金通帳の口座番号等記載面の写しを添付してください。
3. 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「資格確認書発行」の欄に、下記の理由の中から該当する番号を記入してください。
- ※資格確認書は、以下に該当する場合に限り発行いたします
- 1 マイナンバーカードでの受診等が困難な配慮が必要な場合(ご高齢の方、障害をお持ちの方)
 - 2 マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを返納している場合
 - 3 マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない場合、利用登録解除を申請した場合、利用登録解除をした場合
 - 4 マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの場合
 - 5 マイナンバーカードをこれから作成する(作成中)・紛失・更新中の場合(有効期限が短期となります)
 - 6 その他(事情を別途お伺いすることがあります)

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

在職時の健康保険被保険者証	記号		番号		申請日	
					生年月日	
氏名	氏		名		資格確認書の発行を希望します	上記(注)3.に示す理由欄より必ず選択ください
退職時の所属名称					退職時の社員番号	
住民票住所	〒	-				
最終在籍日(退職日)						
保険料の納入方法(一つ選択してください)		毎月納付		半期ごとの前納		1年分を前納(当年度3月分まで)

被扶養者欄: 引き続き被扶養者として申請する家族をご記入ください。

※ご記入のない被扶養者は継続できません(取消となります)

※今まで被扶養者ではなかった家族を新たに追加したい場合は別途認定申請を行ってください

被扶養者	(フリガナ)		生年月日		性別		続柄		資格確認書の発行を希望します
	氏名								
					男	女			上記(注)3.に示す理由欄より必ず選択ください
					男	女			上記(注)3.に示す理由欄より必ず選択ください
					男	女			上記(注)3.に示す理由欄より必ず選択ください
					男	女			
					男	女			
健保組合からの保険給付金の振込先金融機関		銀行名		支店名					
		種別	普通	当座	口座番号				
		口座名(カナ)							

健康保険任意継続被保険者制度について承知しました。
なお、定められた保険料の納入については確実に実行します。

申請者 氏名

住民票住所

連絡先電話番号

被保険者の個人番号(マイナンバー)

・被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

健康保険組合記入欄

資格取得年月日	年	月	日	常務理事	事務長		係	健保組合受付欄
資格喪失時の標準報酬月額			千円					
決定標準報酬月額			千円					