

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

令和 年 月 日

マルハン健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長		担当

下記のとおり申請します

*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認するための添付書類が必要です。

資格喪失時の記号・番号 (個人番号での申請も可)			
資格喪失年月日 (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 (記入不要)		
資格喪失時の 事業所	事業主 名 称		
	所在地		
(銀行名・支店名 フリガナ)			
給付金等振込指定先	銀行	支店	普・当 No.
保険料納入指定区分	1 毎月納付	2 前納(通年)	3 前納(半期)
保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意いたします。			
被保険者氏名			

申請者の住所	〒		
	自宅TEL	()	()
	携帯TEL	()	()
(フリガナ)			
氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日	() 歳 性 別 男・女
メールアドレス			

※退職日の翌日から20日以内に申請がない場合は、任意継続はできません。
※新しい保険者証に切り替わる為、在籍時の保険者証は必ず返却してください。
※ご家族を扶養に入れる場合は、あらためて「被扶養者異動届」と添付書類の提出が必要です。

【健保使用欄】

受付日付印

任意継続被保険者証 記 号 ・ 番 号		
喪失予定年月日 (期間満了)	令和	年 月 日