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

資格喪失時の被保険者等 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。
※新しい被保険者等情報に切り替わる為、資格確認書をお持ちの方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。

受付日付印

【健保使用欄】

任意継続被保険者等記号・番号		
喪失予定年月日（期間満了）	令和　　年　　月　　日	