

記入例

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)	1-123△△		
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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	株式会社マルハン		
所在地	東京都千代田区丸の内1丁目11-1 パシフィックセンチュリープレイス丸の内28階 (銀行名・支店名 フリガナ) △△△△ 〇〇		
給付金等振込指定先	△△△△ 銀行	〇〇支店 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		健保 太郎	

申請者の住所	〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室 自宅TEL 00 (1234) 携帯TEL ()		
(フリガナ)	ケンポ タロウ		
氏名	健保 太郎		
生年月日	昭和 平成 令和 〇〇 年 7 月 26 日	(〇〇) 歳	性別 男・女
メールアドレス	kenpo〇〇〇@docomo.ne.jp		

※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。

受付日付印

【健保使用欄】

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