

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

平成 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)	平成		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	1ヶ月毎納付	2	半年分前納	3 1年分前納
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 <span style="float:right">Ⓜ</span>					
被扶養者 状況	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	住 所
		昭和 平成	年 月 日		
		昭和 平成	年 月 日		
		昭和 平成	年 月 日		

注：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。

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

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)	※	平成 年 月 日

注：※印の欄は、記入しないでください。