

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。		確認年月日	係	事務長	常務理事
勤務していた時の健康保険被保険者等記号・番号	記号 (左づめ) <input type="text"/>	番号 (左づめ) <input type="text"/>	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	
個人番号	<input type="text"/>		資格確認書※	□発行が必要	
氏名	フリガナ <input type="text"/>	(性別) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(生年月日) <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額	千円
資格喪失の際勤務していた事業所	(名称) <input type="text"/>	(所在地) <input type="text"/>			
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			(電話番号) ※日中の連絡先 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
保険料納付方法・給付金振込口座	(1) ゆうちょ銀行口座からの自動振替 (退職日の10日前までに郵便局にてお手続きください。)				
	<input type="checkbox"/> 月払い <input type="checkbox"/> 前払い (半年) <input type="checkbox"/> 前払い (1年)				
	【保険料振替・給付金振込口座】				
	通帳記号 <input type="text"/>	通帳番号 <input type="text"/>			
	(2) 銀行 (ゆうちょ銀行含む) 等からの納付書による振込 (ゆうちょ銀行口座以外の口座からは振替はできません。)				
	<input type="checkbox"/> 月払い <input type="checkbox"/> 前払い (半年) <input type="checkbox"/> 前払い (1年)				
	【給付金振込口座】				
	金融機関名				
	銀行 労働金庫 信用金庫 信用組合			支店 営業部 出張所	
	金融機関コード <input type="text"/>	支店コード <input type="text"/>	普通預金口座番号 <input type="text"/>		

前払い〔半年・1年〕は保険料の割引があります。

健康保険被扶養者届

氏名	続柄	性別	生年月日	職業	年間収入	同居・別居	資格確認書※
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	□発行が必要
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	□発行が必要
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	□発行が必要
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	□発行が必要

※交付対象者

- ① マイナンバーカードを紛失した・更新中の方
- ② マイナ保険証での受診が困難で、介助等の第三者が要配慮者に同行して資格確認を援助する必要がある方
- ③ マイナンバーカードを取得していない方
- ④ マイナンバーカードを保有しているが保険証利用登録を行っていない方
- ⑤ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている方
- ⑥ マイナンバーカードの返納者