

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。

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) 1 2	番号(左づめ) 3 4 5 6 7 8	確認年月日	係	事務長	常務理事
個人番号	1 2 3 1 2 3 4 5 6 7 8 9		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 7 年 4 月 1 日		
氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保太郎	(性別) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(生年月日) <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 57 年 4 月 3 日 <input type="checkbox"/> 平成	資格喪失の際の標準報酬月額	410 千円	
資格喪失の際勤務していた事業所	(名称) 〇〇〇〇株式会社		(所在地) 〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3			
住所	〒123 - 4567 〇〇市〇〇区〇〇町4-5-6 △△マンション101		(電話番号) ※日中の連絡先 080 - 1234 - 5678			
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 checked="" 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 1 7 4 2 0 通帳番号 1 2 3 4 5 6 7 8 〔自動払込利用申込書(お客さま控)の写しを添付してください。 ※口座名義人は被保険者に限ります。〕					
保険料納付方法・給付金振込口座	(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 支店 営業部 信用金庫 信用組合 出張所 金融機関コード 支店コード 普通預金口座番号					

※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 ケンポ ハナコ 健保花子	妻	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 5 8 1 1 2 2 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	パート	60 万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要
フリガナ ケンポ ジロウ 健保次郎	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 2 7 0 4 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	小学生	0 万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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