

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※太枠内をご記入願います。

申請者 (被保険者) の	フリガナ	ケンポ	知	知	生年月日	5.昭和 7.平成	XX年XX月XX日	性別	男 ・ 女
	氏名	健保	太郎						
	住民票住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7	〇〇	都道	〇〇	市区	〇〇町1丁目2-3		
		〇△□マンション601							
		※マンション名等もご記入願います。							
居所住所	〒 9 8 7 - 6 5 4 3	△△	都道	△△	市区	□□町2丁目3-4			
	※マンション名等もご記入願います。								
電話番号 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	XXX	-	XXXX	-	XXXX			
e-mail ※必須	XXXX.XXXXX		@	ZZZ.com					
給付金が発生した場合の振込先 (被保険者の口座)	フリガナ	マルサンカクシカク		フリガナ	サンカク		口座番号		
		〇△□	銀行 信金	△△△	本店 支店	普通	1 2 3 4 5 6 7		
	口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ							
在職時の	事業所名称	株式会社〇〇〇 △△支店							
	健康保険証等の 記号	番号	最終在籍日 (退職日)	9.令和 XX年XX月XX日					
	XXX	XXXX							
マイナ保険証 ※該当項目に☑	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバー カード取得あり	→	<input checked="" type="checkbox"/> これまで健康保険証と紐づけたことがある	→	マイナ保険証で受診してください ※2・※3				
	<input type="checkbox"/> マイナンバー カード取得無し	→	<input type="checkbox"/> 健康保険証との紐づけ無し	→	資格確認書を交付します (健康保険証との紐づけをしてください)				
保険料納付方法 ※希望する 納付方法に☑	<input type="checkbox"/> 1. 月払い	毎月10日納付(10日が土日祝日の場合は、翌営業日) 保険料の割引なし							
	<input type="checkbox"/> 2. 年2回払い	9月分(又は3月分)までを前納 その後は半年分を前納							
	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 年1回払い	3月分までを前納							

【引き続き被扶養者を申し出る方は2枚目にもご記入ください】

【留意点】

※1 在職時の記号・番号は、保険証もしくは資格確認書、マイナポータル、資格情報のお知らせのいずれかでご確認ください。

※2 「加入」時、マイナポータル上の健康保険証情報の反映に数日間要します。

※3 マイナ保険証未対応の医療機関を受診される場合は、マイナ保険証とあわせてKOSMO.Webの資格情報のお知らせの提示が必要です。

在職時の保険証もしくは資格確認書、及び交付されている認定証等は必ず退職時にご返却ください。

健康保険組合記入欄

記号	番号	退職時月額	決定月額	資格取得年月日	喪失年月日
899		千円	千円	9.令和 年 月 日	9.令和 年 月 日

常務理事	担当者	担当者

受付印

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書（被扶養者）

※被扶養者についてご記入願います。

被扶養者の	フリガナ		生年月日	5.昭和	年	月	日	続柄	性別	
	氏名			7.平成				男・女		
	住所 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 1.被保険者と住民票住所で同居	〒					都道	市区	
		<input type="checkbox"/> 2.被保険者と居						府県	郡	
電話番号 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 自宅						※マンション名等もご記入願います。			
	<input type="checkbox"/> 携帯									
マイナ保険証 ※該当項目に☑	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード取得あり	<input type="checkbox"/> 健康保険証との紐づけ無し → 資格確認書を交付します (健康保険証との紐づけをしてください)					マイナ保険証で受診してください ※①・※②			
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード取得無し	資格確認書を交付します (マイナンバーカードを取得し、健康保険証との紐づけをしてください)								

該当者がいる場合記入

被扶養者の	フリガナ		生年月日	5.昭和	年	月	日	続柄	性別	
	氏名			7.平成				男・女		
	住所 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 1.被保険者と住民票住所で同居	〒					都道	市区	
		<input type="checkbox"/> 2.被保険者と居所住所で同居						府県	郡	
電話番号 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 自宅						※マンション名等もご記入願います。			
	<input type="checkbox"/> 携帯									
マイナ保険証 ※該当項目に☑	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード取得あり	<input type="checkbox"/> これまで健康保険証と紐づけたことがある → マイナ保険証で受診してください ※1・※2 <input type="checkbox"/> 健康保険証との紐づけ無し → 資格確認書を交付します (健康保険証との紐づけをしてください)								
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード取得無し	資格確認書を交付します (マイナンバーカードを取得し、健康保険証との紐づけをしてください)								

被扶養者の	フリガナ		生年月日	5.昭和	年	月	日	続柄	性別	
	氏名			7.平成				男・女		
	住所 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 1.被保険者と住民票住所で同居	〒					都道	市区	
		<input type="checkbox"/> 2.被保険者と居所住所で同居						府県	郡	
電話番号 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 自宅						※マンション名等もご記入願います。			
	<input type="checkbox"/> 携帯									
マイナ保険証 ※該当項目に☑	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード取得あり	<input type="checkbox"/> これまで健康保険証と紐づけたことがある → マイナ保険証で受診してください ※1・※2 <input type="checkbox"/> 健康保険証との紐づけ無し → 資格確認書を交付します (健康保険証との紐づけをしてください)								
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード取得無し	資格確認書を交付します (マイナンバーカードを取得し、健康保険証との紐づけをしてください)								

【留意点】
 ※①「加入」時、マイナポータル上の健康保険証情報の反映に数日間要します。
 ※②マイナ保険証未対応の医療機関を受診される場合は、マイナ保険証とあわせてKOSMO.Webの『資格情報のお知らせ』の提示が必要です。