

常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

※太枠内にご記入下さい。

被保険者 フリガナ氏名	(社員No.)	性別	生年	昭和・平成
		男・女	月日	年 月 日
住民票住所	(〒 -)			
送付先住所	(〒 -) ※上記住民票住所と異なる場合のみご記入ください			
電話番号	自宅： - - 携帯： - -	E-mail： @		
被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号		(記号) (番号)		
資格喪失時 使用されていた 事業所名称	名 称			
	所 在 地			
	資格取得年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	
	資格喪失年月日		令和 年 月 日	
給 付 金 振 込 銀 行 名	銀行		普通預金 支店 No.	
<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要 ※必要な場合チェック				
伊藤忠健康保険組合 殿 上記の通り申請します。 年 月 日 申請者氏名				

＜注意＞

- 1) 法第 20 条の規定により、資格喪失の日から、20 日以内に申請して下さい。
- 2) 保険料納付書送付後、期限日までに保険料を納付されなかった場合は、任意継続の加入資格を取り消す場合があります。

※本申請書の個人情報は任意継続資格取得に伴う加入者基礎情報管理目的として利用します。

健 保 記 入 欄	資格喪失時の 月 額	(千円)	任継後の 月 額	(千円)
	健康保険証 記号・番号	320-	任継後の 保 険 料	

記入例

常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

住民票に登録されているものと
同じ氏名をご記入ください。

社員No. 9999900)	性別	生年	昭和・平成・令和
フリガナ 氏 名	男・女	月 日	
健康 太郎			
住民票住所	(〒 ●●● - △△△△) 大阪市北区梅田 3-1-3		
送付先住所	(〒 -) ※上記住民票住所と異なる場合のみご記入ください		
電話番号	自宅 : 06 - 2222 - 0000 携帯 : 090 - 1111 - 3333		E-mail : Kenpo-taro@●△□.ne.jp
被 保 険 者 の 番 号	(記号)	(番号)	
	100	99999	
名 称	伊藤忠保険(株)		
所 在 地	東京都△●区東京 1-2-3		
資格取得年月日	昭和・平成・令和 3 年 4 月 1 日		
資格喪失年月日	令和 7 年 4 月 1 日		
以下に該当する方は、資格確認書の欄に チェックを入れてください。 ・マイナンバーカードを取得していない者、 マイナンバーカードの返納者 ・マイナンバーカードを保有しているが健康 保険証利用登録を行っていない者、利用登録 解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限 切れの者	普通預金 No. 1234567		ご退職日の翌日
みずほ 銀行 東京 支店			
<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要 ※必要な場合チェック			
伊藤忠健康保険組合 殿			
ご退職日の翌日		上記の通り申請します。	
2025 年 4 月 1 日		申請者氏名 健康 太郎	

ご署名ください

<注意>

- 1) 法第 20 条の規定により、資格喪失の日から、20 日以内に申請して下さい。
- 2) 保険料納付書送付後、期限日までに保険料を納付されなかった場合は、任意継続の加入資格を取り消す場合があります。

※本申請書の個人情報 は任意継続資格取得に伴う加入者基礎情報管理目的として利用します。

健 保 記 入 欄	資格喪失時の 月 額	(千円)	任継後の 月 額	(千円)
	健康保険証 記号・番号	320-	任継後の 保 険 料	