|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | （社員№　　　　　　　） | | | 性別 | | 生年  月日 | 昭和・平成  　　年　　月　　日 |
|  | | | **男・女** | |
| 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) | | | | |
|  | | | | |
| 資格喪失時  使用されていた  事業所名称 | |  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 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 | | | | |
|  | | 普通預金  　　　　　銀行　　　　　　支店　 № | | | | | |
| 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 | (千円) | 月　 額 | （千円） |
| 健康保険証  記号・番号 | **320-** | 任継後の |  |
|  |

令和6年12月 改訂

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**

**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

**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。

保険証に記載

されています。

保険証に記載

されています。

ご退職日の**翌日**

記　入　例

※太枠内にご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | （社員№　**9999900**　） | | | 性別 | | 生年  月日 | 昭和・平成・令和  **37**年　**1**月　**1**日 |
| 健康　太郎 | | | **男・女**  **住民票の住所をご記入ください。**  日本国内に住民票を有していない等の場合は居所をご記入ください。 | |
| 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 | | | (記号)　　　　(番号) | | | | |
| 100　 99999 | | | | |
| 資格喪失時  使用されていた  事業所名称 | |  | **伊藤忠保険(株)** | | | | |
|  | **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 | | | | |
|  | | 普通預金  **みずほ**　銀行　**東京**　支店　 № **1234567** | | | | | |
| 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  ご署名ください  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** | | | | | | | |

＜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 | (千円) | 月　 額 | （千円） |
| 健康保険証  記号・番号 | **320-** | 任継後の |  |
|  |

令和6年12月 改訂