

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

|                             |                         |                   |                        |                     |                                |     |    |   |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------|---------------------|--------------------------------|-----|----|---|
| ① 任意継続被保険者<br>記号・番号         | 999 -                   | ② 資格喪失時の<br>記号・番号 | —                      | 取得<br>昭平<br>令 . .   | 常務理事                           | 事務長 | 課長 | 係 |
|                             |                         |                   |                        |                     | 喪失 令 . .                       |     |    |   |
| ③ 資格喪失年月日                   | 令和 年 月 日                |                   |                        | ④ 資格喪失時の<br>標準報酬月額  | 千円                             |     |    |   |
| ⑤ 被保険者の生年月日                 | 昭和・平成 年 月 日             |                   |                        | ⑥ 資格確認書発行要否<br>(注1) | <input type="checkbox"/> 発行が必要 |     |    |   |
| ⑦ 資格喪失時の際に<br>使用されていた事業所    | 所在地                     |                   |                        |                     |                                |     |    |   |
|                             | 名称                      |                   |                        |                     |                                |     |    |   |
| ⑧ 退職理由<br>(該当する番号に○をしてください) | 1 定年退職                  |                   | 4 ※雇い止め等(雇用保険の特定理由離職者) |                     |                                |     |    |   |
|                             | 2 自己都合                  |                   | 5 その他 ( )              |                     |                                |     |    |   |
|                             | 3 ※倒産・解雇(雇用保険の特定受給資格者)  |                   |                        |                     |                                |     |    |   |
| ⑨ 備考                        | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで有効 |                   |                        |                     |                                |     |    |   |

上記のとおり、申請します。

令和 年 月 日

|      |   |   |
|------|---|---|
| 住所   | 〒 |   |
| 氏名   |   |   |
| 電話番号 | — | — |

受 付 印

※ 申請時、別紙の「健康保険任意継続加入について」をご覧ください。

(注1): 資格確認書の発行が必要な場合は、「発行が必要」にチェックを入れてください。ただし、以下に該当する場合に限りません。

- ・マイナンバーカードを取得していない方および返納した方
- ・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おこなっていない方および利用登録を解除した方
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方