

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

提出先

〒461-0005 名古屋市中区東桜1-10-35
セントラル野田ビル702

	常務理事	事務長	担当	担当
決裁				

【注意事項】

- ① 太枠内の項目をもれなく記入してください。
- ② 申請書の受付期間は、退職日翌日から20日以内となります。
- ③ 受付期間内に、申請書に必要書類（当健保HP参照）を添えて郵送にて提出してください。
・申請書受理後、初回(加入月)保険料の「納付書」を送付いたしますので、納付期限までにお振込みください。
・入金確認ができましたら申請手続き完了とし、資格情報のお知らせを交付いたします。納付期限までに納付されなかった場合は、申出が成立しなかったものとします。
- ④ 2回目以降の保険料の納付方法については、保険証交付時に年度分の「納付書」を同封いたしますので、そちらで確認してください。
- ⑤ 給付金は下記にお届けの口座に振込みます。

在籍時健康保険被保険者証		被保険者氏名(フリガナ)	性別	生年月日			退職後の住所・自宅電話番号・携帯電話番号										
記号	番号		男	昭和	年	月	日	□□□ - □□□□		自宅()	-						
			女	平成						携帯()	-						
		個人番号 (マイナンバー)															

健康保険証の資格取得日	資格喪失日(退職日の翌日)	資格確認書発行要否※	※資格確認書の発行が必要な場合は、別途「資格確認書(再)交付申請書」をご提出ください。 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
令和 年 月 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

給付金振込み口座			
金融機関名	本・支店名	口座番号	被保険者名義(カタカナ)
銀行 金庫 ()	本店 支店 ()	(普)	

フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日			続柄	資格確認書発行要否※
		年	月	日		
被扶養者として届け出る ご家族を記入してください。 別途、被扶養者異動届等 の届け出が必要となります。 必ず添付してください。(詳細は当健保HPで ご確認ください)	男	昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	女	昭平令				
	男	昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	女	昭平令				
男	昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
女	昭平令					
	男	昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	女	昭平令				

健保記入欄

受 付 印