

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日	令和		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

被保険者欄	資格喪失時の 記号・番号	(記号)	(番号)	又は	個人番号																	
	資格喪失時の 所属事業所	(会社名)	(支店・営業所・部門名)	資格確認書 交付要否(注2)	<input type="checkbox"/> 交付が必要	資格確認書 交付理由(注2)																
	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
	住民票の住所(注1)	〒													退職日	令和		年		月		日
	納付書等送付先	<input type="checkbox"/> 住民票の住所と同じ		(住民票の住所 と異なる場合)																		

保険料の支払方法	<input type="checkbox"/> 月払い(毎月10日迄に納付)	<input type="checkbox"/> 半年払い(3・9月末迄に納付)	<input type="checkbox"/> 年払い(3月末迄に納付)																
給付金等振込口座 (注3・注4)	金融機関 コード			支店 コード				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座											
	銀行		支店																

※被扶養者を全員記入してください。増減がある場合は「健康保険 被扶養者異動届」を添付してください。

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	続柄		同居別居 の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業	資格確認書 交付要否(注2)	<input type="checkbox"/> 交付が必要	資格確認書 交付理由(注2)											
被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	続柄		同居別居 の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業	資格確認書 交付要否(注2)	<input type="checkbox"/> 交付が必要	資格確認書 交付理由(注2)											
被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	続柄		同居別居 の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業	資格確認書 交付要否(注2)	<input type="checkbox"/> 交付が必要	資格確認書 交付理由(注2)											

《注意事項》 (注1) [海外居住の場合] 証明書等をはじめ、各種書類の海外への発送は行っていません。日本国内の送付先を定めてください。

(注2) 下記1～6に該当する場合は『 交付が必要』にチェックを入れて、交付理由欄に番号を記入してください。
また、5～6に該当する場合は、本申請と併せて『健康保険 資格確認書 交付申請書』を提出してください。

1. 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を返納した者
2. 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(マイナ保険証)を行っていない者
3. マイナ保険証の利用登録解除を申請した者
4. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
5. マイナンバーカードを紛失した者、マイナンバーカードを更新中の者
6. マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある者

(注3) [海外居住の場合] 海外への送金を行っていません。日本国内の金融機関口座を指定してください。

(注4) 健康保険からの給付金等送金のみを使用します。保険料の引落しは行っていません。

※ この申請書は、退職後20日以内に健康保険組合へ到着するように提出してください。

※健康保険組合記入欄

任意継続の記号番号		標準報酬月額
記号	番号	
3	30	千円

事業所担当者名・ 受付日の記入又 は押印	受付日:令和 年 月 日
社会保険労務士 確認欄	

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印