

# 任意継続被保険者資格取得申請書

(文字と数字はハッキリ記入して下さい)

「任意継続被保険者制度のご案内」を熟読の上、太枠内を漏れなく記入・捺印し必要書類を揃えて提出してください。

※在職時の資格確認書をお持ちの方(被扶養者分も含む)は、資格喪失時の所属事業所への返却を確約のうえ、下記申請者氏名欄に自署ご捺印ください。尚、紛失し返却できない場合は、「滅失届」を所属事業所へご提出ください。

フリガナ	ミズホ タロウ			提出日	令和	〇	年	〇	月	〇	日	
申請者氏名	みずほ 太郎 (印)			性別	男・女							
				生年月日	昭和	〇	年	〇	月	〇	日	
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区大手町〇-〇-〇			年 齢	〇〇 才							
				電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
				携帯電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
緊急連絡先 (ご本人以外の方)	フリガナ氏名	ミズホ ハナコ	続柄	妻								
		みずほ 花子		電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
				携帯電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
資格喪失時の所属事業所(会社名および所属)				資格喪失年月日(退職日の翌日)								
(株)〇〇〇銀行 〇〇支店				令和 〇 年 〇 月 〇 日								
資格喪失時の記号				〇〇〇〇 番号				〇〇〇〇〇〇〇〇				
				資格喪失時の標準報酬月額								
				〇〇〇 千円								
被保険者本人を含む、取得申請者全員を下記に記入してください												
【資格確認書発行要否の確認】										左記のAまたはBに該当する方のみ該当		
A. マイナンバーカードが有効な方(更新中の者)										口記入		
B. マイナ保険証での申請										各確認書発行要否		
C. 次のC~Gに該当する方は、資格確認書を職権で交付しますので、チェックは不要です										発行が必要		
C. マイナンバーカードを取得していない者										□		
D. 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										□		
E. マイナ保険証の利用登録解除を申請した者(登録解除者)										□		
F. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者										□		
取得申請者	フリガナ氏											
	① 被保険者	ミズホ 花子	男・女	昭和/平成/令和	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇	妻	別居	〇	千円	発行が必要	□
	② 被扶養者	ミズホ ハナコ	男・女	昭和/平成/令和	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇	妻	同居	〇	千円	発行が必要	□
	③ 被扶養者	ミズホ イチロウ	男・女	昭和/平成/令和	〇〇年〇〇月〇〇日	〇	長男	同居	〇	千円	発行が必要	□ B
④ 被扶養者		男・女	昭和/平成/令和	年 月 日			同居			千円	発行が必要	□
給付金振込先	金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード	種類	口座番号						
	みずほ銀行	0001	〇〇〇 支店	〇〇〇	普通	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇						
保険料支払方法 (〇をお付け下さい)	①	単月払	2	半期前納払	3	一年度前納払						
付 記												

備考欄	
-----	--

資格喪失時の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記入する場合は、事前に個人番号・本人確認をするための添付資料が必要ですので、事前に当組合までご連絡ください。)

受付日付印

みずほ健康保険組合 事務処理欄				常務理事	事務長	次長	担当
記号	番号	資格取得日					
7000		令和	年 月 日				