

提出先: 事業所(会社)または健保 (見本)

R7改定

受付・決定
-------

常務理事	事務長		担当者

記号	3098
番号	
等級	等級

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

太枠内を記入してください。 ※申出期限は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内です。

フリガナ	ケンポ タロウ	性別	男	女	退職時の保険証の記号・番号	記号	XXXX	番号	XXXX
被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	昭和	平成	XX年XX月XX日	年齢	XX	歳	
資格喪失日(退職日の翌日)	令和 XX年XX月XX日	資格喪失時の標準報酬月額	XXX 千円						
勤務していた事業所(会社)	事業所名	000000					『資格確認書』※の交付が必要な場合はチェック → <input type="checkbox"/> を入れてください		
	事業所所在地	00県00市00-00					※マイナ保険証を持っていない場合のみ交付(マイナンバーカードをマイ保険証として利用登録している方はチェック不要です)		
被扶養者氏名	続柄	生年月日	『資格確認書』交付必要	被扶養者氏名	続柄	生年月日	『資格確認書』交付必要		
健保 花子	妻	昭和・平成・令和 XX年XX月XX日	<input type="checkbox"/>	健保 次郎	長男	昭和・平成(令和) XX年XX月XX日	<input checked="" type="checkbox"/>		
		昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>			昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>		
保険料支払方法の選択(○で囲む)	(1) 全期前納払い (2) 半期(二期)支払 (3) 毎月支払 ※納付書・ATM・ネットバンキングのいずれかの方法にてお支払いいただきます。 振込手数料はご負担いただきます。								
還付金等振込口座(本人名義) 保険料支払の自動引落口座ではありません	00000	銀行 金庫 組合	00000	支店	普通 当座	No. XXXXXXXXXXXXX			
備 考	ゆうちょ銀行は指定できません。								

上記のとおり申出いたします。

令和 XX年 XX月 XX日

ユアサ健康保険組合理事長 殿 〒 XXX-XXXX

申出者住所 00県00市00-00

申出者氏名 健保 太郎



自署の場合  
印省略可

連絡先

① 自宅電話 XX-XXXX-XXXX

② 携帯電話 XX-XXXX-XXXX

①~③のうち  
2つ以上記入  
してください

③ E-mail 0000 @ 0000

注  
意  
事  
項

- ・本申出書を受理後、申出者住所に「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」※、「保険料納付書」等を郵送します。「資格確認書」のある場合は、レターパックプラス(書留)で郵送します。
- ・※「資格確認書」はマイナンバーカードをマイナ保険証として利用登録している場合は交付いたしません。
- ・退職後に転居される場合は、転居後の住所を記入してください。
- ・転居の時期や長期不在により、受け取れない可能性がある場合は必ず健保にお申し出ください。
- ・「健康保険証」は令和6年12月2日に廃止となりましたので、交付いたしません。