

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		性別	男・女	退職時の被保険者 記号・番号	記号		番号	
被保険者 氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
資格喪失日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	資格喪失時の 標準報酬月額			千円
勤務していた 事業所(会社)	事業所名				『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				※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ナ保険証として 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	
		昭和・平成・令和 年 月 日	<input 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"/>			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	銀行 金庫 組合		普通 支店 No.		当座			
ゆうちょ銀行は指定できません。								
備考								

上記のとおり申出いたします。

令和 年 月 日

ユアサ健康保険組合理事長 殿

〒 -

申出者住所

申出者氏名

印

自署の場合  
印省略可

連絡先

① 自宅電話

② 携帯電話

①~③のうち  
2つ以上記入  
してください

③ E-mail

@

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。