

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書(記入例)

常務理事	事務長	担当者

★「任意継続の手引き」の遵守事項を守ることを誓約します。 (必ずしてください。)

★「※」欄は記入しないでください。

任意継続被保険者 記号・番号	20	※	資格取得年月日	※	令和	年	月	日	標準報酬月額	※	千円	
フリガナ	セイチョウ ハナコ											
申請者の氏名	生長 花子			性別	男 ● 女	生 年 月 日			昭和 ● 平成	9年 5月 1日		
フリガナ	オオサカフィズミフチュウチョウ2-1-2											
退職後の住所 (郵便物送付先)	〒 594-0071				★日中連絡の取れる電話番号			××× - ××× - ×××				
フリガナ	大阪府和泉市府中町2-1-2											
申請者の住民票住所	★退職後の住所が住民票住所と異なる場合ご記入ください。											
在職時、最後に 勤務していた施設	被保険者 記号・番号	△△△			△△△△△△			標準報酬月額	※ 千円			
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 8年 4月 1日			備考							
	施設名	〇〇〇〇病院										
保険料の納付方法 ※希望する番号に○をしてください	1. ● 毎月納付			2. 半期分前納			3. 1年分前納			資格確認書 発行要否	□ 発行が必要 ※マイナ保険証をお持ちでない場合に✓してください	

被保険者のマイナンバー記載欄
★在職時の被保険者記号番号を記入した場合は不要です

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付年月日

【留意事項】

- 必ず、別紙、「任意継続の手引き」をお読みください。
- 「資格確認書発行要否」欄にした方は、お早めにマイナ保険証への切替えをお願いします。