

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

以下のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

資格喪失の際の健康保険被保険者証等の記号・番号		(記号) (番号) —	① 資格喪失年月日		令和 年 月 日	
被 保 険 者 (申 請 者)	氏名	(ふりがな) ⑤		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	住民票に記載の住所	〒 — 電話 ()				
被保険者名義の健保給付金振込先銀行口座 (※ゆうちょ銀行除く)		銀 行		支店	預金種類	口座番号
		信託銀行			普通(総合)	
		信用金庫・信用組合			当 座	
資格喪失の際使用されていた事業所		名 称				
		所在地				
資格喪失時の組合名称		昭和産業健康保険組合		② 資格喪失時の標準報酬月額	千円	
資格確認書発行要否		☐ 発行が必要 (以下【資格確認書の発行要否】に該当する場合のみ)				

※記入上の注意

- 1. この申請書は資格喪失の日から20日以内に申請すること
- 2. ①の資格喪失年月日は退職の翌日を記入のこと (例 3月31日退職の場合は4月1日が喪失日)
- 3. ②の標準報酬月額は、不明の場合は無記入のこと
- 4. 被扶養者がいる場合は「健康保険被扶養者(異動)届」を添付すること

【資格確認書の発行要否】

- ・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の返納者
- ・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、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

※以下健保記入欄

資 格 取 得 決 定 事 項	
記号・番号	
資格取得年月日	
資格喪失年月日	
標準報酬月額	千円
申請者の資格取得について() により確認した	取得 喪失 標 千円

健保組合受付印

上記の書類は退職時、健康保険組合に2年間任意継続加入される方が対象となります。
退職時書類とともに会社の労務担当者を通してご提出ください。