常務理事	事務長		係	任意継続被保険者等	
				記号	番　号
				8000	

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請日　　年　　月　　日

申請者記入												
在職中の被保険者等記号・番号				資格喪失の年月日（退職日の翌日）		資格確認書発行要否（注）						
記号		番号		令和　　年　　月　　日		必要　□　　不要　□						
フリガナ				生　年　月　日		性別	資格喪失時の標準報酬月額					
申請者氏名	印			昭和 平成 令和	年　　月　　日	男 女	千円					
フリガナ												
住　所	〒　　－ 都 道 府 県 E-MAIL)　　TEL　　－　　－											
勤務していた事業所			名　称									
			所 在 地									
被扶養者申請	増減別	フリガナ 氏　名	生年月日	性別	続柄	職業	同居の別	収入の有無	収入（年額）	資格確認書発行要否（注）		
	増減		SHR　年　月　日	男・女			同居・別居	有・無	万円	必要　□ 不要　□		
	増減		SHR　年　月　日	男・女			同居・別居	有・無	万円	必要　□ 不要　□		
	増減		SHR　年　月　日	男・女			同居・別居	有・無	万円	必要　□ 不要　□		
	増減		SHR　年　月　日	男・女			同居・別居	有・無	万円	必要　□ 不要　□		
	増減		SHR　年　月　日	男・女			同居・別居	有・無	万円	必要　□ 不要　□		
	増減		SHR　年　月　日	男・女			同居・別居	有・無	万円	必要　□ 不要　□		
備考欄												

※資格喪失日（退職などした翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には備考欄に延滞した理由を記入すること。
※保険料を指定期日までに納付されない場合はこの申請は無効となります。

(注)資格確認書の発行が必要または不要のどちらかに、必ず✓を付してください。
ただし、発行が必要となるのは次に該当する場合に限ります。
・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取得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

受付日付印