健康保険任意継続被保険者　資格取得申請書

提出日	年　　月　　日

大真空健康保険組合

被保険者欄															
	勤務していたときの	被保険者証の記号		被保険者証の番号		生年月日	5.昭和 7.平成		年		月		日		
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名) ㊞			住所	〒　　—								
						電話番号									

勤務していた事業所の	名称		所在地	
資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日		資格確認書発行要否★	□ 発行が必要

＊任意継続被保険者の資格取得時に、同時に被扶養者になられる方についてご記入ください。

被扶養者欄																
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	資格確認書発行要否★	□必要	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男　2.女				
						続柄		職業		収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居			
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	資格確認書発行要否★	□必要	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男　2.女				
						続柄		職業		収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居			
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	資格確認書発行要否★	□必要	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男　2.女				
						続柄		職業		収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居			
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	資格確認書発行要否★	□必要	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男　2.女				
						続柄		職業		収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居			

※この申請書は退職後20日以内に健康保険組合に到着するようにご提出ください。

受付年月日

★資格確認書の発行は以下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、利用登録解除者を申請した者、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

*** 健保記入欄 ***

喪失時報酬	千円

決定	任継	9001 −
	喪失予定年月日	.　　.
	標準報酬	千円

常務理事	係員