

受付	令和	年	月	日	理事長	常務理事	事務長	担当者
決定	令和	年	月	日				
任継記号		番号						

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

次のとおり申請します。

被保険者等 記号番号	記号	6	3	番号 (左づめ)	9	8	7	6	5	4	3	
氏名	(フリガナ) ホケン タロウ 保健 太郎	生年月日	昭和 平成	3	5	0	4	1	5	年	月	日
住所	〒 360 - 0014 埼玉県熊谷市箱田123											
電話番号	自宅	048	(345)	3456	携帯	090	(7654)	3210
資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	資格喪失の際の 標準報酬月額		千円					
資格喪失年月日	令和	年	月	日								
資格喪失の際 使用されてい た事業所	名称											
	所在地											
資格喪失の際の 組合の名称	リケンNPR健康保険組合〇〇支部											
初年度保険料の 納付方法 (該当個所に〇印) ※ 別途送付します 「納付書」にて、 ご確認下さい。	1	毎月払い	2	年間前納 (年1回)	3	半年前納 (年2回)						
	月ごとに払込み		加入月の翌月～3月分迄を 年1回払込み			加入月の翌月～9月分迄と 10月 (又は加入月の翌月) ～ 3月分迄を年2回払込み						
備考						資格確認書 発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要					
振込先 指定口座	<input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄へ記入。)											
	銀行 金庫 信組			本店 支店								
農協 その他()			出張所									
普通・当座			口座番号			口座名義人			(フリガナ)			

令和 年 月 日

受付年月日

※ 資格喪失の日(退職などした日の翌日)から20日を経過した後
申請書を提出する場合には備考欄に遅延した事由を記入すること。

←記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。
←番号は左詰めでご記入ください。

記入不要

←保険料の納付方法を選択してください。

←資格確認書の発行が必要な場合は、「発行が必要」の口に✓を付けてください。

←給付金の振込先口座をご記入ください。

※ 資格確認書の発行は、以下に該当する場合に限り、「発行が必要」の口に✓をした上で、「資格確認書(再)交付申請書」を提出してください。

- ・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