

任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

資格喪失時の 記号・番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇〇		
社 員 番 号	〇〇〇〇〇					
氏 名	フリガナ ケンポ タロウ					
	健保 太郎					
申 請 者 の 住 所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇					
	自宅Tel 03 (1234) 5678 携帯Tel 090 (9876) 5432					
生 年 月 日	昭和 平成	〇 年 〇 月 〇 日 (〇〇) 歳	性 別	男 ・ 女		
メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)	〇〇△△@〇〇〇〇.ne.jp					
資 格 喪 失 の 年 月 日 (退 職 日 の 翌 日)	令和 〇 年 〇 月 〇 日					
資格喪失時の所属会社名	株式会社〇〇〇〇					
資格喪失時の所属部署名	〇〇支店					
給 付 金 等 振 込 先	〇〇〇 銀 行 〇〇 本店					
	信用金庫 〇〇 支店					
保 険 料 の 納 入 方 法	普通 口座番号 1234567 口座名義(カナ) ケンポ タロウ					
	1. 毎月ごと 2. 1年分前納 3. 半年分前納					
被 保 険 者 同 意 欄	保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。					
	被保険者氏名 健保 太郎					
資格確認書発行要否		☐ 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)				
被扶養者状況	氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄	住 所	
	健保 花子	昭和 平成	50年12月16日	女	妻	東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇
	資格確認書発行要否	☐ 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)				
	健保 桃子	昭和 平成	17年 9月 4日	女	長女	同上
	資格確認書発行要否	☐ 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)				
		昭和 平成	年 月 日			
	資格確認書発行要否	☐ 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)				
		昭和 平成	年 月 日			
資格確認書発行要否	☐ 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)					

(注) 1. この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

備考	個人番号(マイナンバー)※任意	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。	
	①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し	

※健保記入欄	任意継続被保険者等 記 号 ・ 番 号		
	資 格 喪 失 予 定 日	令 和	年 月 日
	資 格 喪 失 時 標 準 報 酬 月 額		千円
	決 定 月 額		千円
	初回保険料納入日		

アダストリア健康保険組合

受付日付印