健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

1. 任意継続被保険者について

資格喪失の際の記号・番号	記号		氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ
	番号		生　年　月　日	昭・平・令　　年　　月　　日
資格喪失年月日（退職の日の翌日）	年　　月　　日		退職時に使用されていた事業所	社員番号（　　）
資格喪失前の被保険者であった期間	(自) 昭和 平成 令和　年　月　日 (至)　令和　年　月　日			年　　ヶ月間
資格確認書発行要否　□　必要⇒必要な場合は、□にレ点を付記　理由（　　）⇒下記　ア)～ウ)から選択				

資格確認書の発行は、以下に該当する場合に限ります。
ア)マイナンバーカードを保有していない、または返納した場合。
イ)保有しているが、健康保険証利用登録を行っていない、または利用登録を解除(申請)した場合。
ウ)マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた場合。

２．被扶養者となる者について

被扶養者	氏　　名	生年月日	性別	続柄	住所（別居の場合のみ記入）
	ﾌﾘｶﾞﾅ	昭・平・令 年　月　日			
	資格確認書発行要否　□　必要⇒必要な場合は、□にレ点を付記　理由（　　）⇒上記　ア)～ウ)から選択				
	ﾌﾘｶﾞﾅ	昭・平・令 年　月　日			
	資格確認書発行要否　□　必要⇒必要な場合は、□にレ点を付記　理由（　　）⇒上記　ア)～ウ)から選択				

３．保険料納付方法 他

保険料納付方法（番号を○で囲む）	★前納期間中に納付方法の変更はできません。 1．単月（毎月納付）　2．６ヶ月前納　3．１２ヶ月前納
給付金等がある場合の振込金融機関（番号を○で囲む）	1．在職中の給与振込金融機関（＊旧郵便局口座不可、ゆうちょ銀行新口座取扱い可） 2．１以外の金融機関 ・金融機関名：　・本店又は支店名： ・預金種目：　・口座番号：

令和　　年　　月　　日

（申出者）〒　　住所：

電話：　　(携帯電話　　)

氏名：

※健保記入欄	資格喪失時の標準報酬月額（　　千円）　任継資格取得時の決定標準報酬月額（　　千円）			
	(　)在職時保険証回収 (　)在職時資格確認書回収 (　)任継保険証回収 (　)任継資格確認書回収	常務理事	事務長	担当者

※欄は記入しないで下さい。

三菱ＵＦＪニコス健康保険組合

【適6】20241202