

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

記入例

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	カガナ ケンウ ケン 健康 保
	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)	令和●年●月●日	退職時に使用されていた 事業所	社員番(××××) 三菱UFJニコス株式会社	
資格喪失前の被保険者 であった期間	(自) 昭平令 ●年●月●日 (至) 令和 ●年●月●日	←資格取得日(資格情報のお知らせ等から転記) ←退職日		月間
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 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です。

必要な方は必ず理由を()にご記入をお願いします。

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 氏 名	生年月日	性別	続柄	住所(別居の場合のみ記入)
	カガナ ケンウ ケン 健康 組子	昭平令 ●年●月●日	女	妻
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 必要⇒必要な場合は、□にレ点を付記 理由()⇒上記 ア)～ウ)から選択			
被 氏 名	生年月日	性別	続柄	住所(別居の場合のみ記入)
カガナ ケンウ ケン 健康 健一	昭平令 ●年●月●日	男	長男	
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 必要⇒必要な場合は、□にレ点を付記 理由()⇒上記 ア)～ウ)から選択			

扶養に
している家族
の名前を記入

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、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) 〒 123-0007	住所: 東京都文京区本郷3-33-5 電話: 03-3815-xxxx (携帯電話 090-5330-xxxx) 氏名: 健康 保		
※ 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 ※記入しないでください ()任継保険証回収 ()任継資格確認書回収	常務理事	事務長

※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