記入例 2024.12

提出期限	退職した翌日から20日以内（健保必着）

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

・**下記事項を了承のうえ任意継続被保険者資格の取得申請をします。**
① 保険料が納付期限までに納付されなかった場合は、事前連絡等なく自動的に資格喪失すること。
② 資格喪失した場合、有効期限内の資格確認書等については返納義務にもとづき7日以内に健康保険組合へ返却すること。

マイナ保険証によりオンライン資格確認を受けることができない方は「資格確認書（再）交付申請書」をご提出ください。

記号	番号
6 0 0 0	

資格喪失予定年月日	納付期日	任継取消	
令和 年 月 日	令和 年 月 日	取消依頼 □	未納 □

※太線内のみ楷書で明確に記入のこと

申請者	氏名	性別	生年月日	事業所在籍時の記録	記号	番号	資格取得年月日	資格喪失年月日
	フリガナ マルナカ マルコ ○中 ○子	男 (女)	(昭)・平 52 年 7 月 24 日		100	123456	昭・(平)・令 15 年 4 月 1 日	令和 7 年 1 月 1 日
住所	〒 336 ―○○○○ 埼玉県さいたま市○区○○ ○－○－○ TEL 自宅 048 （△△△） ○○○○ ／ 携帯 090 （△△△△） ○○○○			事業所の名称・所在地	東京都中央区○町 ○－○－○ ○○△株式会社			

被扶養者届（増）	氏名	性別	生年月日	続柄	同居区分	保険給付（還付）金払渡銀行
	フリガナ マルナカ シカクミ ○中 □美	男 (女)	昭 (平) 令 20 年 7 月 20 日	長女	(同居) 別居	この口座は保険給付金が発生した場合に、当組合から振込む為の口座ですので、被保険者本人名義のものをご記入ください。（**保険料の自動振替の申請ではありません。自動振替をご希望の方は、別途お申し込みが必要です。**）
	フリガナ	男 女	昭 平 令 年 月 日		同居 別居	銀行名 ×××× (銀行) 信用金庫 組合 □□□ 支店
	フリガナ	男 女	昭 平 令 年 月 日		同居 別居	預金種目 (普通)・当座・貯蓄 口座番号 1 2 3 4 x x x
	フリガナ	男 女	昭 平 令 年 月 日		同居 別居	名義人 フリガナ マルナカ マルコ ○中 ○子

(注意)
1. 被扶養者の届出は、現在被扶養者認定されている方で、今回も被扶養者として申請する方のみご記入ください。
ご記入がない場合は、被扶養者認定されません。
2. 申請書が当組合に到着後1週間以内に、必要書類を申請書の住所に発送いたします。
この期間不在の方は、事前に当組合 適用課までご連絡ください。

受付日付印

【連絡先】 三井健康保険組合 適用課 TEL 03－3243－1404