

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

決 裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
--------	------	-------	------	-----

正

太線枠のみ記入してください
 被保険者自ら署名する場合には押印は不要です
 提出期限・被保険者資格を喪失した日から20日以内

申請者情報	資格喪失前の被保険者等	記号			番号				喪失前の事業所名称			
	資格喪失年月日 (退職日翌日)	令和 年 月 日	フリガナ		被保険者氏名	印	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男・女	
	住民票住所	〒 -						TEL	()			
	(※)居住地在住民票住所と異なる場合は、「住所変更届」の「居住地住所」に○をつけ、居住地住所を記載してこの届出と一緒に提出ください。											
	資格確認書発行要否	マイナ保険証をお持ちの方は記載不要です。 ●右の申請理由A～Gに該当する方のみ、「発行が必要」に✓をし、申請理由を記入してください。 <input type="checkbox"/> 発行が必要 → 申請理由を記入(A～G)						<申請理由> A:マイナンバーカードを紛失又は更新手続中(※) B:要配慮者等で同行者(介助者等)が必要な方(※) C:マイナンバーカード未取得 D:マイナンバーカード保有者で保険証利用未登録 E:マイナ保険証の保険証利用登録を解除した F:マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ G:マイナンバーカードを返納 (※)申請理由がA・Bの方は、別途「資格確認書(再)交付申請書」もご提出ください。				
保険料の納付方法 ※希望する納付方法に○をつけてください	1.各月			2.前納半年(年2回)			3.前納一年(年1回)			注)2.3の前納を選択した場合は、任意継続の資格を取得した月の末日までに前納分保険料を納付する必要があります。また加入後、途中から各月から前納への変更はできません。		

●喪失前から被扶養者となられていた方を引き続き被扶養者とする場合にご記入ください。新たに追加する場合は別途「被扶養者増加届」が必要です。

被扶養者情報	氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭平令	年 月 日	職業		資格確認書発行要否(※1)	<input type="checkbox"/> 発行必要	申請理由		※ 認定日	令和 年 月 日	※健保記入欄
	氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭平令	年 月 日	職業		資格確認書発行要否(※1)	<input type="checkbox"/> 発行必要	申請理由		※ 認定日	令和 年 月 日	
	氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭平令	年 月 日	職業		資格確認書発行要否(※1)	<input type="checkbox"/> 発行必要	申請理由		※ 認定日	令和 年 月 日	

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

(※1)資格確認書発行要否については、申請者情報の「資格確認書発行要否」欄をご参照ください。

令和 年 月 日 上記のとおり申請します。

※健保記入欄	任意継続被保険者等		任意継続の資格取得年月日		標準報酬月額		保険料	
	記号	900	番号		令和 年 月 日	任継保険料決定月額 (退職時月額)	月額	円
						千円	前納	円
自動払込利用申込書 : 有 ・ 無					備考			

受付日付印

健康保険 任意継続被保険者資格取得確認及び標準報酬決定通知書

副

太線枠のみ記入してください
 被保険者自ら署名する場合には押印は不要です
 提出期限・・・被保険者資格を喪失した日から20日以内

申請者情報	資格喪失前の被保険者等	記号	番号	喪失前の事業所名称
	資格喪失年 月 日 (退職日翌日)	令和 年 月 日	フリガナ 被保険者氏名	印 生年月日 昭和 平成 年 月 日 性別 男・女
	住民票住所	〒 -		TEL ()
	(※)居住地在住民票住所と異なる場合は、「住所変更届」の「居住地住所」に○をつけ、居住地住所を記載してこの届出と一緒に提出ください。			
	資格確認書発行要否(※1)	マイナ保険証をお持ちの方は記載不要です。 ●右の申請理由A～Gに該当する方のみ、「発行が必要」に✓をし、申請理由を記入してください。 <input type="checkbox"/> 発行が必要 → 申請理由を記入(A～G)		<申請理由> A:マイナンバーカードを紛失又は更新手続中(※) B:要配慮者等で同行者(介助者等)が必要な方(※) C:マイナンバーカード未取得 D:マイナンバーカード保有者で保険証利用未登録 E:マイナ保険証の保険証利用登録を解除した F:マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ G:マイナンバーカードを返納 (※)申請理由がA・Bの方は、別途「資格確認書(再)交付申請書」もご提出ください。
保険料の納付方法 ※希望する納付方法に○をつけてください	1.各月 2.前納半年(年2回) 3.前納一年(年1回)			注)2.3の前納を選択した場合は、任意継続の資格を取得した月の末日までに前納分保険料を納付する必要があります。また加入後、途中から各月から前納への変更はできません。

●喪失前から被扶養者となられていた方を引き続き被扶養者とする場合にご記入ください。新たに追加する場合は別途「被扶養者増加届」が必要です。

被扶養者情報	氏名	続柄	性別	男・女	生年月日	昭平令	年 月 日	職業	資格確認書要否(※1)	<input type="checkbox"/> 発行必要	※ 認定日	令和 年 月 日	※健保記入欄
	氏名	続柄	性別	男・女	生年月日	昭平令	年 月 日	職業	資格確認書要否(※1)	<input type="checkbox"/> 発行必要	※ 認定日	令和 年 月 日	
	氏名	続柄	性別	男・女	生年月日	昭平令	年 月 日	職業	資格確認書要否(※1)	<input type="checkbox"/> 発行必要	※ 認定日	令和 年 月 日	

※健保記入欄	任意継続被保険者等		任意継続の資格取得年月日	標準報酬月額		保険料		確認日付印	
	記号 900	番号	令和 年 月 日	任継保険料決定月額(退職時月額)	千円	月額	円		
						前納	円		

提出された被保険者資格取得届に基づき上記の通り資格取得の確認及び標準報酬の決定がなされたので通知します。

MBK連合健康保険組合 理事長