

注)任意継続加入時の保険料は
退職日翌日～20日以内に納付(振込)してください。
(退職前の納付(振込)は返金させていただく場合があります)

常務理事	事務長	統括	担当

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者	記号	XXX	番号	XXXX	任継				
② 資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和	○年	△月	×日	③資格喪失時の 標準報酬月額	XXX千円			
④資格喪失前の勤務先 (事業所名)	名称	000000株式会社							
⑤資格喪失の際の組合の名称	大同特殊鋼健康保険組合								
⑥保険料の納付方法 (保険料は資格喪失月から徴収)	※希望される納付方法に○を付けてください。 1. 月払い(1ヶ月ごと) 2. 9月分まで前納 ③. 3月分まで前納								
⑦資格確認書の発行 ※必用の場合は✓ 資格確認書申請理由該当番号	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必用 欄外<申請理由>から該当する番号を選択して○を付けてください。 1. 2. 3. ④. 5. 6. 7.								
⑧ 給付金 お受取 口座	金融機関名	000000労働金庫		⑨被扶養者の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
	支店名	000支店		被扶養者氏名	続柄	年齢	資格確認書	申請理由番号	
	ゆうちょ銀行 の場合	店名	店番	健保 花子	妻	48	<input type="checkbox"/> 発行が必用	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7	
	口座番号	④普通 当座	1234567		健保 次郎	父	73	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必用	1. 2. 3. 4. 5. 6. ⑦
	口座名義人名 (かか)	ケンポ タロウ						<input type="checkbox"/> 発行が必用	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7
⑩ 大同健保加入事業所にて継続就労の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		健保使用欄						
上記の通り、申請します。						令和	△年	×月	○日
大同特殊鋼健康保険組合		理事長 殿		住民票住所		郵便番号	123	—	4567
				XX	都道府県	XXX市XXXXX	XX号		
		日中連絡のとれる 電話番号		000	—	0000	—	0000	
		申請者氏名		健保 太郎		⑧			
		生年月日		④昭和	平成	令和	XX年	○月	△日

※任意継続の要件 (1) 資格喪失日から「20日以内」に申請すること。

(2) 資格喪失日の前日までに「継続して2ヶ月以上の被保険者期間」があること。

受付日付印

<資格確認書申請理由>

- マイナンバーカードを取得していないため
- マイナンバーカードを返納したため
- マイナンバーカードを紛失しているため
- マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証利用登録を行っていないため
- マイナ保険証の利用登録解除を申請中、または解除したため
- マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
- マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため

※有効なマイナ保険証を保有されている方への資格確認書の発行はしていません