

常務理事	事務長	担当

任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険 任継				被 保 険 者	フリガナ ○○○ ○○○			性別	(男)・女
記号	50	番号	※記入不要		氏名 ○ ○ ○ ○				
				生年月日	昭・(平)・令 ○○年○○月○○日			資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
被 扶 養 者	氏名	フリガナ ○○○ ○○○		続柄	性別	生年月日		資格確認書発行要否	備考
	氏名	フリガナ ○ ○ ○ ○		○	男・(女)	昭・平・令 ○○年○○月○○日		<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	氏名	フリガナ		続柄	性別	生年月日		資格確認書発行要否	
	氏名	フリガナ		続柄	性別	生年月日		資格確認書発行要否	

【被扶養者について】
 以前からの被扶養者を任継でも引き続き扶養の場合は、「被扶養者」欄の記入だけでOK(扶養証明書類の添付は不要)。
 新たに被扶養者を申請する場合は、「被扶養者」欄に記入のうえ、「被扶養者認定に必要な証明書類*」を添付してください。(*は個別にお問い合わせください)

 以前より被扶養者がいたものの本状にて「被扶養者」欄に記入がない場合は、その被扶養者は被保険者の前資格の喪失と同時に扶養削除したものとして取り扱います。

資格喪失年月日 (退職の翌日)		令和 ○○年○○月○○日	資格喪失時の 標準報酬月額	※記入不要 千円
資格喪失時に 使用されて いた事業所	名称	○○○○株式会社		
	所在地	○○県○○市○○ ○○-○○		
資格喪失時の加入組合の名称		共同印刷健康保険組合		

※グレー地の欄は健保記入欄につき被保険者は記入不要

共同印刷健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり申請いたします。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

〒 ○○○-○○○○

住所 ○○県○○市○○ ○○-○○

氏名 ○ ○ ○ ○

電話番号 (日中の連絡先) (○○) - (○○○○) - (○○○○)

医療機関受診の際は、原則「マイナ保険証」(保険証利用登録をしたマイナンバーカード)をご使用ください。
 ※マイナ保険証利用登録をしていない方には「資格確認書」を交付します。健保にて登録状況を照会し、資格確認書交付の可否を判断いたします。
 ※マイナ保険証利用登録済みであるが「資格確認書」の発行が必要な場合は、「資格確認書(再)交付申請書」をご提出いただき、発行理由が適正と認められた場合には発行いたします。マイナ保険証を問題なく使用できる状態で、理由なく「資格確認書」を発行(=念のため発行)することは認められません。