

	常務理事	事務長	課長	担当
伺				

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書



1	勤務していたときの被保険者記号番号	-	
2	申出者氏名	フリガナ	
3	住所	〒 -	
4	申出者の生年月日	昭和・平成 年 月 日	
5	性別	男・女	
6	電話番号	携帯	- -
		自宅	( )
7	被扶養者の有無	有・無	資格確認書希望
8	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	有・無
9	勤務していた事業所の名称		※資格確認書発行理由 (下記参照)
10	勤務していた事業所の所在地		

**※資格確認書発行理由の例**

- ・マイナンバーカード保有なし ・マイナ保険証利用登録なし ・マイナ保険証利用登録解除済
- ・マイナンバーカード返納済 ・マイナンバーカード紛失および再交付申請中(有効期限最長3ヶ月)
- ・資格確認書き損(要添付)

**\* 以下の欄は扶養者がいる場合、記入が必要です。**

### 健康保険 被扶養者異動届 (16歳以上の被扶養者は別途、現況届を添付してください。)

被扶養者の欄	被扶養者氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	同居別居の別	職業	年間収入	資格確認書発行希望	※資格確認書発行理由
	フリガナ	昭平令 年 月 日	男・女		同居・別居			有・無	
フリガナ	昭平令 年 月 日	男・女		同居・別居			有・無		
フリガナ	昭平令 年 月 日	男・女		同居・別居			有・無		

**上記、被扶養者として事実相違ありません。 申出者氏名**