常務理事	事務局長	担当者

提出先：会社人事担当
もしくは健保組合へ

健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者等記号番号をご記入ください※	10	氏　名	健保　太郎
	1234	生年月日	昭和・平成・令和　5　年　6　月　1　日
資格喪失年月日	令和　6　年　1　月　1　日　（退職日の翌日）		
資格喪失の際の所属されていた事業所			
資格喪失の際の組合の名称	タダノ健康保険組合		
保険料納付方法　3/31～9/29 退職の方	□毎月払い　☑9月まで前期納付　□3月まで前期納付 （初月は毎月払いになります。次月以降前納払いとなります。）		
保険料納付方法　9/30～3/30 退職の方	□毎月払い　□3月まで前期納付 （初月は毎月払いになります。次月以降前納払いとなります。）		
資格確認書の要否	□不要　☑発行が必要　申請理由（__1__）　※理由　下記 注１）参照		
備　考			

退職される日付で判断ください。

申請理由を必ず記入してください
（下記、※の１）～３）の理由から選択してください）

被扶養者欄	氏名	続柄	資格確認書の発行要否
	健保　花子	妻	□不要　☑発行が必要　申請理由(__1__)
			□不要　□発行が必要　申請理由(_____)
			□不要　□発行が必要　申請理由(_____)

注１）資格確認書発行要否：資格確認書が必要な場合(※)は「□発行が必要」にチェックを入れてください。

※以下に該当する場合に限ります。

1)マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

2)マイナンバーカードを保有しているが健康保険利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用解除登録者

3)マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

上記のとおり申請します。

6　年　12　月　1　日

タダノ健康保険組合理事長 殿

〒　761－0185

住　所　高松市新田町甲３４

氏　名　健保　太郎

電話番号　087－839－5757

任意継続加入後の住所・電話番号をご記入ください。

健保組合からの医療費の払い戻しがあった場合の振込先をご記入ください。

給付金があった場合のみに使用 （保険料の自動引落はできません）	健保　銀行　高松　支店　普通　口座番号　1234567