

書類コード	201
事業所 No	証 No
1101	

常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続資格取得申請書

被保険者証の番号	在職中の事業所名			資格取得年月日	
—				(退職日の翌日)	
		年	月	日	
被保険者氏名	性別	生年月日		退職時月額	資格確認書 発行要否(※)
	男・女	昭和 平成	年 月 日	千円	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
現住所					
〒 — TEL (— —)					
還付金など発生した場合の振込口座					
銀行 口座名義人(カタカナ)					
支店 普通・当座 No					
被扶養者名	性別	生年月日		続柄	資格確認書 発行要否(※)
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
保険料支払方法	1ヵ月払い ・ 半期払い ・ 一括払い				
備考					

※資格確認書の発行が必要な場合は、以下の中から該当するものを選択し、該当の番号を☑してください。別途『資格確認書(再)交付申請書』の提出が必要です。

- 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
- 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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
- その他(『資格確認書(再)交付申請書』で発行希望理由を明確に記してください。原則マイナ保険証保有者には交付できません。)

◎太枠内は全て記入してください。

◎有効な健康保険被保険者証あるいは資格確認書をお持ちの場合は、退職日までに返却してください。

上記のとおり申請致します。

日本ペイント健康保険組合殿

申請者氏名

(R6.12.02)