

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

(※ 令和6年12月2日以降 健康保険証は発行されません。)

決 裁 日	常務理事	事務長	部長	課長	担当者

(勤務していた時の) 被保険者等記号・番号	(フリガナ) 被保険者氏名	レングウ タロウ 連合 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 35 年 3 月 31 日生 <input type="checkbox"/> 平成	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
50 100						
勤務していた 事業所名称等	事業所名称	丸紅〇×〇× 株式会社				
	事業所所在地	大阪市北区〇町〇-〇-〇				
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 6 年 12 月 1 日	資格喪失時の 標準報酬月額	410 千円			
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	資格確認書の発行が必要な場合(以下に該当する場合に限る)は、「発行が必要」の口に✓を付してください(被扶養者欄も同じ)。 ・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				

※ 任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方について記入してください。

フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	資格確認書 発行要否
レングウ ハナコ 連合 花子	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平 36 8 1 <input type="checkbox"/> 令	妻	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		<input type="checkbox"/> 発行が必要
	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		<input type="checkbox"/> 発行が必要

【 注 意 事 項 】

① 提出期限は、「退職日の翌日から20日以内(必着)」となります。期限を超えての申出は認められません。

② 申出書に基づき、「資格情報のお知らせ」、「資格確認書(発行が必要な場合のみ)」、「保険料納付書」を、ご自宅あてに郵送いたします。
なお、初回分保険料は、指定された期限(概ね2週間後)までに必ず納付してください。
万一、期限までに納付がない場合は、資格(申出)が取り消されますので、くれぐれもご注意ください。

③ 【申出書提出先】
〒 530-0004 大阪市北区堂島浜1-2-1 丸紅連合健康保険組合
TEL 06-6347-3550

受付日付

上記のとおり申出いたします。

令和 6 年 12 月 1 日

申 出 者	住所	(〒 530 - 0000) 大阪市北区〇〇町〇-△-□
	氏 名	連合 太郎
	連絡先	(06) 1234 - 5678