健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

明治グループ健康保険組合　理事長　殿

被保険者（申請者）情報（記入は必須）	在職時の記号・番号	記号		番号	
	被保険者氏名	フリガナ ㊞		性別	男・女
	資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和　年　月　日	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	
	住民票の住所（マンション名、部屋番号等の詳細まで記入）	〒　－ 都道府県			
	居住地の住所（マンション名、部屋番号等の詳細まで記入）	〒　－ 都道府県 ☐住民票の住所と同じ場合は☑する。その場合は、居住地の住所の記入は不要			
	電話番号	自宅　—　—		携帯　—　—	
	資格喪失時に所属した事業所 名称				
	資格喪失時に所属した事業所 所在地				
	保険料の納付方法	保険料の納付方法を選択して☐に番号をご記入ください。 ※納付方法の選択に関しては、別紙「任意継続被保険者取得・喪失に関するご注意」をご覧ください。 ☐ 1.毎月納付（当月分を毎月10日までに納付する方法） 2.前　納（当該年度の全期分又は半期分を一括で納付する方法）			

上記の住所、電話に連絡が取れない場合の連絡先（記入は任意）	氏名	被保険者との間柄（　　） 電話　—　—

※この申請書に「銀行口座振込依頼書（任継用）」を添付して、在職時の事業所担当者へ提出してください。

【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

記号・番号の代わりに、マイナンバー（個人番号）を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元（実在）の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄

（太枠内は健保で記入する。）

任意継続被保険者の記号・番号	記号		番号	
一般保険料（調整保険料含）	介護保険料		保険料合計	
円 ＋		円 ＝		円

健保決裁印				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者

（適用様式7号）07.04