

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 <input type="checkbox"/> 住民票の住所と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> 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	所在地
	保険料の納付方法	保険料の納付方法を選択して <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 1. 毎月納付 (当月分を毎月10日までに納付する方法) <input type="checkbox"/> 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 任継7号)08.04