

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 ）	在職時の被保険者証の 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				
		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。

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・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。)

任意継続被保険者証の 記 号 ・ 番 号	記 号	番号
一般保険料(調整保険料含)		介護保険料
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