

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

※この申請書は退職の翌日から20日以内（必着）に健康保険組合に届かない場合は受付できません。

保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）

※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。
[①通知カードの写し] [②個人番号記載の住民票の写し] [③個人番号カード（両面）の写し]のいずれか1点
・上記①または②を添付の場合は、[運転免許証の写し]または[パスポートの写し]のいずれか1点を添付してください。

資格喪失時の 記号・番号	—	氏 名	フリガナ	生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
住 所	①住民票 住所	〒 —				
	②退職後の 送付先	〒 — ☐ 住民票住所と同じ				
電話番号（日中の連絡先）		自宅 ()		携帯 ()		
メールアドレス（退職後に連絡がとれるもの）						
資格喪失の年月日 （退職日の翌日）		令和 年 月 日		資格喪失時の 会社名・所属部署		
給 付 金 等 振 込 先				銀 行 信用金庫	本店 支店	
		普通	☐ 座番号	☐ 座名義（カナ）		
保 険 料 の 納 入 方 法		1. 毎月ごと		2. 1年分前納		3. 半年分前納
被 扶 養 者 状 況	氏 名	生 年 月 日		続 柄	住 所	
		昭和 平成 令和	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 被保険者の住民票住所と同じ 〒	
		昭和 平成 令和	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 被保険者の住民票住所と同じ 〒	
		昭和 平成 令和	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 被保険者の住民票住所と同じ 〒	
		昭和 平成 令和	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 被保険者の住民票住所と同じ 〒	

令和 年 月 日提出
上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

受付日付印

トップグループ健康保険組合 理事長 殿

※ 健 保 記 入 欄	任意継続被保険者等 記 号 ・ 番 号	99					
	資 格 喪 失 予 定 日	令 和 年 月 日					
	資 格 喪 失 時 標 準 報 酬 月 額	千円					
	決 定 月 額	円					
	初 回 保 険 料 納 入 日	令 和 年 月 日	常務理事	事務長		担当	
	保 険 料 納 入 額	円					
	保 険 料 納 入 月	令和 年 月分					