

## 任意継続被保険者 資格取得申請書

被保険者記入欄	被保険者証(旧)の	記号	番号	申請日	(令和) 年 月 日			
	被保険者の氏名・印	㊟		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
	被保険者の住民票住所	〒			電話番号	- -		
					携帯電話番号	- -		
					Eメール(お持ちの方はご記入ください)			
	個人番号				性別	男 ・ 女		
	資格喪失の年月日(退職した日の翌日)		(令和) 年 月 日	資格喪失の際使用されていた事業所	名称			
	給付金等の振込指定口座		※被保険者本人の口座(群馬銀行の場合は、「給与口」以外)を指定してください			口座名義(フリガナ)		
保険料の支払方法		ア. 毎月納付      イ. 前納      ( 1. 半年払い      2. 1年払い )						
被扶養者届	フリガナ氏名	性別	生年月日	続柄	同居・別居の別	職業・学校(学年)	年間収入額(単位:円)	個人番号
						別居の場合の住所	収入の内容	
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日		同居 別居			
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日		同居 別居			
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日		同居 別居			
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日		同居 別居			
資格確認書発行要否(必要な方のみチェック)		<input type="checkbox"/> 発行が必要 (別途、交付申請書を提出)      (注)マイナ保険証所有者は申請できません。						

100 -

常務理事
事務長
事務次長
担当者

受付日付印

※ 被保険者は被扶養者の個人番号確認と本人確認を行い、被扶養者の個人番号を記入して下さい。(確認書類の添付は不要)  
 ※ 保険証の記号・番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要。  
 ※ 個人番号を記入した届書は、必ず行内書留専用封筒を使い健康保険組合宛に送付して下さい。(持参・簡易書留郵便も可)