

任意継続被保険者 資格取得申請書

|                                 |                    |                                                                    |                                       |      |                  |           |                     |                           |                     |            |
|---------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------|------------------|-----------|---------------------|---------------------------|---------------------|------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証(旧)の          |                                                                    | 記号                                    | 1    | 番号               | 〇〇〇〇〇     |                     | 申請日                       | (令和) yy 年 mm 月 dd 日 |            |
|                                 | 被保険者の氏名・印          |                                                                    | 群馬 太郎 印                               |      |                  |           | 生年月日                | 昭和平成令和 yy 年 mm 月 dd 日     |                     |            |
|                                 | 被保険者の住民票住所         |                                                                    | 〒 371-△△△△<br>前橋市元総社町××番地             |      |                  |           | 電話番号                | - -                       |                     |            |
|                                 |                    |                                                                    |                                       |      |                  |           | 携帯電話番号              | 0 9 0 - × × × × - × × × × |                     |            |
|                                 |                    |                                                                    |                                       |      |                  |           | Eメール(お持ちの方はご記入ください) |                           |                     |            |
|                                 | 個人番号               |                                                                    | 旧被保険者証(保険証)の記号番号を記入した場合は記入不要。         |      |                  |           | 性別                  | 男・女                       |                     |            |
|                                 |                    |                                                                    | ※保険証の記号番号を記入した場合は不要                   |      |                  |           |                     |                           |                     |            |
|                                 | 資格喪失の年月日(退職した日の翌日) |                                                                    | (令和) yy 年 mm 月 dd 日                   |      | 資格喪失の際使用されていた事業所 |           | 名称                  | 株式会社群馬銀行                  |                     |            |
|                                 |                    |                                                                    |                                       |      |                  |           | 所在地                 | 前橋市元総社町194番地              |                     |            |
|                                 | 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) |
|                                 |                    | 群馬銀行 前橋 支店                                                         |                                       | 普通預金 | 口座番号             | ×××××     |                     | ( グンマ タロウ )               |                     |            |
| 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<br>扶<br>養<br>者<br>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                      |                     |            |
|                                 | グンマ ハナコ            | 男                                                                  | 昭和平成令和 yy 年 m 月 d 日                   | 妻    | 同居別居             | 会社員等      | 1年間の収入見込額           | 被保険者が確認のうえご記入下さい。(必須)     |                     |            |
|                                 | 群馬 花子              | 女                                                                  | yy 年 m 月 d 日                          |      |                  |           | 給与収入・事業収入等          |                           |                     |            |
|                                 |                    | 男                                                                  | 昭和・平成・令和 年 月 日                        |      | 同居別居             |           |                     |                           |                     |            |
|                                 |                    | 女                                                                  | 昭和・平成・令和 年 月 日                        |      | 同居別居             |           |                     |                           |                     |            |
|                                 |                    | 男                                                                  | 昭和・平成・令和 年 月 日                        |      | 同居別居             |           |                     |                           |                     |            |
|                                 |                    | 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。(被扶養者がいる場合、被扶養者の個人番号は記入が必要)  
※ 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)