

健康保険 任意継続被保険者
資格取得申請書

S K 健康保険組合使用欄

令和 6 年 12 月 1 日 改定

常務理事	事務長	課長	担当者

健康欄	任意継続被保険者等 記号・番号	100	任意継続資格 取得年月日	令和 年 月 日	標準報酬 月額決定	千円
-----	--------------------	-----	-----------------	----------	--------------	----

勤務していたときの 被保険者等	記号		番号		申請日	令和 年 月 日		
被保険者等記号・番号が不明な場合のみマイナンバーを記入				マイナバ - - - - -				
フリガナ					生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成	性別	1. 男 2. 女
氏名								
住民票住所	〒 - - - - -							
居所	〒 - - - - -							
連絡先	自宅	-		携帯	-			
勤務していたときの情報				保険料の 納付方法	1. 口座振替（毎月納付のみ） 『口座振替依頼書』も併せて提出ください。 2. 半年 前納 3. 1年 前納			
事業所名				備考・ 連絡事項				
資格取得日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和							
資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日							
退職時の 標報月額	千円		※事業所担当者 喪失日・標報月額 <input checked="" type="checkbox"/>					
被扶養者	1. なし 2. あり <small>引続き被扶養者となられる方については 「資格取得 申請書【被扶養者届】」の提出が必要です。</small>			<input type="checkbox"/> 転居予定あり 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職予定あり 年 月 日			
令和6年12月1日以降、資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ※資格確認書発行要否欄を <input checked="" type="checkbox"/> できる理由は以下のとおりです。								
<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した							※資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						

【注意事項】

- 資格喪失日の前日（退職日）までに継続して2ヶ月以上の被保険者期間が必要です。
- 資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に、当組合へこの申請書を提出（必着）してください。
- 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
(被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。)
- 該当箇所、選択数字に○、□に✓を記入してください。
- 住民票住所と居所が異なる場合は、住民票住所、居所ともご記入ください。
住民票住所・・・オンライン資格確認等システムに誤りのないデータ登録をするために必要です。
居所・・・当組合から加入者へのお知らせ等を送付するために必要です。
- 在職時に引続き被扶養者となられる方については「資格取得 申請書【被扶養者届】」の提出が必要です。