

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

常務理事	事務長	係	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

① 退職前の健康保険被保険者の記号番号		② 被保険者氏名	健保 太郎	性別	男・女
記号 1 2 3	番号 4 5 6 7	③ 生年月日	昭・平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
④ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日	⑤ 資格喪失の際の 標準報酬月額	〇〇〇 千円		
⑥ 資格喪失の際に 使用されていた 事業所	名称 株式会社 オートボックス〇〇 所在地 〒135-8717 東京都江東区豊洲5-6-52	金額を入れてください。 例: 300 千円			
⑦ 資格喪失の際の 組合の名称	オートボックス健康保険組合				
⑧ 保険料の 納付方法 (ご希望の 納付方法に 〇を付けて ください)	① : 毎月納付	⑨ 被扶養者の 有無	有 ・ 無		
	2 : 前納(半期) ※9月または3月まで		※有の場合、「被扶養者(異動) 届」の提出が必要です		
	3 : 前納(年間) ※年度末まで		資格確認書 発行要否		
※前納保険料には割引があります。 詳細は健康保険組合までお問い合わせください		⑩ 発行必要 な理由	☐ 発行必要 ☐ マイナンバーカードを取得していない ☐ マイナ保険証利用登録を行っていない ☐ マイナ保険証の利用を解除した ☐ マイナンバーカードの電子証明書期限切れ ☐ マイナンバーカードを返納した ☐ その他(別途申請が必要です)		

《申請上の注意》

- 被保険者でなくなった日から
20日以内に申請してください。
- 在職時に健康保険の被保険者であった
期間が、2か月(暦日)以上ある場合
のみ申請できます。
- 加入期間は原則として2年間です。
- 毎月納付の場合、各月の保険料納期
限までに入金されない場合は、納期
限の翌日付で資格を喪失します。

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

オートボックス健康保険組合理事長殿

申請者 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
大阪府〇〇〇〇〇〇〇〇

必ず
ご記入
ください

氏名 健保 太郎

TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

日中連絡可能な
電話番号

メールアドレス

k-tarou @ example.com

健保記入欄(記入不要)

任意継続 記号番号		標準報酬月額 等級	第 等級	千円
任意継続 資格取得日	令 年 月 日	在職時 資格取得日	昭 平 令	年 月 日
満了年月日	令 年 月 日			

受付印