

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 等 記 号 番 号	記号		被保険者の氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
		番号		被保険者の住所	〒				TEL ()
		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	資格確認書 発行要否	発行は下部(※)記載の対象者に限ります				
		資格喪失時の標準報酬月額		千円	資格喪失時の事業所名				携帯 ()
	退職時の 被扶養者	氏名	性別	生年月日	続柄	資格確認書 発行要否	保険料の納付方法		
			昭和・平成・令和 年 月 日		必要 <input type="checkbox"/>	毎月振込			
			昭和・平成・令和 年 月 日		必要 <input type="checkbox"/>	毎月自動振替 (八十二銀行のみ)			
			昭和・平成・令和 年 月 日		必要 <input type="checkbox"/>	1年前納 (加入月から3月まで)			
			昭和・平成・令和 年 月 日		必要 <input type="checkbox"/>	半年前納 (加入月から9月または3月まで)			

受付日付印

健 保 記 入 欄	被 保 険 者 等 記 号 番 号	記号		前 資 格 期 間	取得年月日	年 月 日	喪失年月日	年 月 日
		番号		資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失予定年月日	令和 年 月 日	
	決定標準報酬月額		千円	1ヶ月の保険料	一般	円	介護	円

資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行が必要□」にチェックを入れてください。

※以下に該当する場合に限りです。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

KOA 健康保険組合