

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

注)任意継続加入時の保険料は
退職日翌日～20日以内に納付(振込)してください。
(退職前の納付(振込)は返金させていただく場合があります)

常務理事	事務長	統括	担当

① 健康保険被保険者	記号	番号	任継					
② 資格喪失の年月日 (退職日の翌日)		令和	年	月	日	③ 資格喪失時の 標準報酬月額	千円	
④ 資格喪失前の勤務先 (事業所名)		名称						
⑤ 資格喪失の際の組合の名称		大同特殊鋼健康保険組合						
⑥ 保険料の納付方法 (保険料は資格喪失月から徴収)		※希望される納付方法に○を付けてください。 1. 月払い(1ヶ月ごと) 2. 9月分まで前納 3. 3月分まで前納						
⑦ 資格確認書の発行 ※必要の場合は✓		<input type="checkbox"/> 発行が必要 欄外<申請理由>から該当する番号を 右記入欄に記入		資格確認書 申請理由番号記入欄		健保使用欄		
⑧ 給付金お受取口座	金融機関名							
	支店名							
	ゆうちょ銀行の場合	店番		店名				
	口座番号	普通 当座						
	口座名義人名(カカナ)							
⑨ 被扶養者の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	被扶養者氏名		続柄	年齢	資格確認書	番号記入欄	健保使用欄
						<input type="checkbox"/> 発行が必要 該当する番号を右欄に記入		
						<input type="checkbox"/> 発行が必要 該当する番号を右欄に記入		
						<input type="checkbox"/> 発行が必要 該当する番号を右欄に記入		
⑩ 大同健保加入事業所にて継続就労の有無		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 上記の通り、申請します。 大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 住民票住所 〒 _____ _____ 都道府県 _____ _____ 日中連絡のとれる 電話番号 _____ _____ 申請者氏名 _____ (印) _____ 生年月日 昭和 平成 令和 _____ _____ 年 月 日						

※任意継続の要件 (1)資格喪失日から「20日以内」に申請すること。

(2)資格喪失日の前日までに「継続して2ヶ月以上の被保険者期間」があること。

※有効なマイナ保険証を保有されている方への資格確認書の発行はしていません

<資格確認書申請理由>

- マイナンバーカードを取得していないため
- マイナンバーカードを返納したため
- マイナンバーカードを紛失しているため
- 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ため
- マイナ保険証の利用登録解除を申請中、または解除したため
- 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ため
- マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため

受付日付印