

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

勤務していたときに使用していた健康保険被保険者の記号・番号		記号	番号
資格喪失年月日（退職日の翌日）		令和	年 月 日
資格喪失の際の標準報酬月額		千円	
勤務していた事業所	名称	信用金庫	
	所在地		
資格喪失の際の管轄健康保険組合		北関東しんきん健康保険組合	
備考欄 ①			

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

申請者氏名

北関東しんきん健康保険組合理事長 様

申請者	郵便番号	—	電話番号 (日中の連絡先)	
	住所			
	預金	信用金庫名	信用金庫	
		本・支店の別	本店	支店
		預金の種別	普通・当座	
		口座番号	No.	
	保険料払込方法	月払い・半年前納・1年前納		

【注】 所定の期限内（資格喪失の日から20日以内）を経過した後に申請する場合には、備考欄①に遅滞した理由を記入すること。

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄②へ記載してください。

ただし、マイナンバーを記載した場合は下記の書類の添付が必要となりますのでご注意ください。

・「個人番号確認」及び「本人確認」をするための書類

また、マイナンバーが記載された申請書を事業主経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類」

及び「代理人の身元確認書類」も必要です。

受付年月日

備考欄 ②

ご不明な点がございましたら当健保までお問い合わせください。担当：平井 TEL:027-289-0175

組合記入欄	任継記号・番号	199 -
	資格取得日	令和 年 月 日 取得