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等記号・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			

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			

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

備考欄	
-----	--

(重要) 以下に該当する方は、資格確認書を発行します。資格確認書の発行が必要な方は、右記のチェックボックスにチェックを入れ、下記の該当する番号を○で囲んでください。

資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要
---------------	--------------------------------

1. マイナンバーカードを取得していない
2. マイナンバーカードを返納した
3. 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
(利用登録解除を申請した・利用登録解除者)
4. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ