

常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	扱 者

「資格情報のお知らせ」に記載のある記号・番号を記入してください。

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

勤務していた時に使用していた健康保険の記号・番号		記号	9999		番号	12345		資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 6 年 4 月 1 日		
氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ					性 別	☒ 男 ☐ 女	生 年 月 日	☒ 昭和 60 年 4 月 1 日 ☐ 平成			
	健保 太郎 ㊟											
	※氏名をいただくことで、裏面【締約事項】の内容に異議のないことをお約束いただいたこととさせていただきます。											
マイナンバー		* * * * *										
住 所	住民票住所 必ず記入してください		(〒 123 - 4567) 東京 ㊟ 道 板橋区坂下〇〇-□□ 府 県									
	居 所 (保険証送付先)		(〒 123 - 4567) ※上記の住民票住所と同じ場合は記入不要 東京 ㊟ 道 千代田区麹町〇〇-□□ 府 県									
電 話 番 号		☒ 携帯 ☐ 自宅 090 (× × × ×) △△△△										
勤務していた事業所の 名称・所在地	名 称		電設工業健康保険組合									
	所在地		東京都板橋区坂下〇〇-□□									
資格確認書 交 付 希 望		☒ 有 ➡ 有の場合、右記の理由を選択ください。 ☐ マイナンバーカードを持っていないため ☐ マイナ保険証の利用登録をしていないため ☒ その他 (マイナンバーカードを返納したため)										
納 入 期 間		☒ (1) 毎月払い ☐ (2) 前納 翌9月分まで ☐ (3) 前納 翌3月分まで 上記 (1)～(3) のいずれにも ☒ がない場合は「(1) 毎月払い」が選択されたとみなします。										
納 入 方 法 を 選 び		【保険料について】										

その他につきましては、実態に沿って以下の理由をご記入ください。

以下の理由以外での交付は行えませんので、ご了承ください。

理由一覧

- ① マイナ保険証の利用登録解除を申請したため
- ② マイナンバーカード電子証明書の有効期限切れのため
- ③ マイナンバーカードを返納したため
- ④ マイナンバーカードを紛失・更新中のため
- ⑤ マイナ保険証での受診が困難で介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある場合等
- ⑥ マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者に該当するため