

(新様式) 記入のポイント 任継 資格取得申出書 (表面)

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書



不明の場合は記入不要

った後も、引き続き個人で健康保険に加入する場合にご使用ください。なお、提出期限は、退職日の翌日か
よび添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

勤務していたときに使用していた被保険者証の発行都道府県支部	支部	提出日 (投函日)	年	月	日	
勤務していたときに使用していた被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日	1. 昭和	2. 平成	3. 令和
氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(「・」)半濁点(「゜」)は1字としてご記入ください。					
氏名	性別	1. 男 2. 女				
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)					
住所	都 道					

退職日の「翌日」の日付

「依頼書」の用紙は後日こちらから送付します。

勤務していた事業所	名称	所在地	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年	月	日
保険料の納付方法	<input type="checkbox"/> 1. 口座振替 (毎月納付のみ) <input type="checkbox"/> 2. 毎月納付 <input type="checkbox"/> 3. 6か月前納 <input type="checkbox"/> 4. 12か月前納		

事業主記入用 ※任意		この欄をご記入いただくことで、被保険者証の交付が早くなる場合があります。	
勤務していた方の氏名(カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(「・」)半濁点(「゜」)は1字としてご記入ください。		
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年	月	日
上記の記入内容に誤りのないことを証明します。			
事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	
電話番号			

・この欄は事業主から記入を受けてください。
*記入がなくても提出できます。
*この欄の記入の代わりに、退職証明書・離職票写し等の添付も可。

被災者がいる場合は2ページ目に載せます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

原則、記入不要

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 1. 記入あり (添付あり) <input type="checkbox"/> 2. 記入なし (添付なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入あり (添付あり)	資格喪失日	年	月	日
同時申請	<input type="checkbox"/> 1. 請求額 <input type="checkbox"/> 1. 減額認定 <input type="checkbox"/> 1. 特記事項 <input type="checkbox"/> 1. 口座振替				
2 0 0 1 1 1 0 1	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 <input type="checkbox"/> 2. 4番以上	(理由)	枚数	

記入すると確認書類が必要

