健康保険 任意継続被保険者 資格取得・資格喪失等証明書 交付申請書

任証

申請者情報（必須）

申請者氏名	（フリガナ）		
申請者住所	〒　　－　　都道府県		
電話番号（日中の連絡先）	（　　）	被保険者との関係	
確認申請の理由	☐ 国民健康保険の加入（脱退）手続き　☐ その他（　　）		

被保険者情報（必須）

被保険者氏名	（フリガナ）	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日
被保険者住所	〒　　－　　都道府県		
※保険者番号		※記号・番号	－
※取得年月日	☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日	※喪失年月日	☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日

被扶養者情報（任意）

氏名	生年月日	続柄	※認定年月日	※解除年月日
	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日		☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日	☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日
	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日		☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日	☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日
	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日		☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日	☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日

申請委任欄

申請者が被保険者及び被扶養者以外の場合に委任者がご記入ください。

委任者氏名		委任者との関係	
委任者住所	〒　　－　　都道府県		

記入の際の注意　① 記入項目が※の部分は協会で記入しますので、記入の必要はありません。
② 申請者の氏名、住所が被保険者と同一の場合は被保険者欄の氏名、住所の記入は必要ありません。ただし、資格喪失後に氏名・住所の変更があった場合は、被保険者欄に資格喪失時の氏名・住所をご記入ください。

健康保険 任意継続被保険者資格取得・資格喪失等 証明書

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日　　全国健康保険協会　　支部長

(2024. 12)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

様式番号

9	4	0	1	1	5

協会使用欄

全国健康保険協会
協会けんぽ