

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

巴川コーポレーション健康保険組合 理事長 殿

任意継続被保険者番号（健保記入欄）

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者 証の記号及び番号		
----------------------	--	--

98	
----	--

資格喪失の年月日 (退職日の翌日)		資格喪失時の 標準報酬月額	
資格喪失時在籍 されていた事業所	名 称		
	所 在 地		
資格喪失時管轄健康保険組合	巴川コーポレーション健康保険組合		

申請者記入欄(以下太枠内)

* 被扶養者がいる場合は、被扶養者（異動）届も提出してください！

保険料納付方法	☐ 月払い	☐ 6ヶ月前納	いずれかの納付方法を選択してください。			
自宅電話番号			携帯電話番号			
e-mailアドレス						
健保からの給付振込先 (申請者本人名義)	銀行名		支店名		普通	口座番号 (7桁)
資格確認書発行の要否 ※	必要 ・ 不要		備 考			

※ 「必要」を選択するには、以下に該当する場合に限ります。・マイナカードを取得していない、返納者・マイナ保険証を登録していない、利用登録解除を申請した、利用登録解除者・マイナカード電子証明書期限切れ

上記のとおり申請します。		健保受付印
提出日：		
〒		
住 所		
申 請 者	氏 名	
本人記入の場合、署名・捺印は不要になります。		