

受付日付印

常務理事		担当者

### 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

在職時の被保険者等記号・番号	—	被保険者氏名	
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別 男 ・ 女
資格喪失年月日	令和	年 月 日	資格喪失の際の報酬月額 千円
在職時の事業所	名称		
	所在地		
納付方法	毎月 ・ 半年一括 ・ 一括 (いずれかに○をつけて下さい) ※銀行振込のみとなります		
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 注) 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、 <input type="checkbox"/> 発行が必要に✓を入れること ※以下に該当する場合に限る ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 ・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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 藤倉コンポジット健康保険組合理事長殿 〒 ー 住所 申請者の 氏名 電話 ー ー			