

処 理 伺	常務理事	事務長	部 長	課 長	担当者
令和 年 月 日					

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

任意継続被保険者制度の加入を申請します。

なお、任意継続の資格を取得した後、毎月の保険料を納付期限内に納入しなかった場合は健康保険法第38条の規定により資格喪失となることを了承します。

神戸機械金属健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

在職時の 記号番号	フリガナ	被保険者の 氏 名	性別 男 ・ 女	生 年 月 日		資格確認書 発行要否
				昭和・平成 ・	裏面要件のみ可 ⇒ <input type="checkbox"/> あり	
住民票住所	〒 ー					
居 所	〒 ー 電話番号 () ー					
勤務してい た事業所の	名 称					
	所 在 地					
	資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成 令和	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日	

被扶養者届【資格取得時】

在職中より引続き認定を希望する方は下記に記入してください。（新たに被扶養者となる方については別紙「被扶養者（異動）届」を提出してください。） ※収入が給与収入のみの場合にはチェックをしてください。

性 別	続 柄	氏 名	生 年 月 日	収入額	資格確認書 発行要否	同居別居 の別
		フリガナ	昭和 平成 令和 年 月 日	※ □給与収入のみ	裏面要件のみ可 ⇒ <input type="checkbox"/> 有	同・別
		フリガナ	昭和 平成 令和 年 月 日	※ □給与収入のみ	裏面要件のみ可 ⇒ <input type="checkbox"/> 有	同・別
		フリガナ	昭和 平成 令和 年 月 日	※ □給与収入のみ	裏面要件のみ可 ⇒ <input type="checkbox"/> 有	同・別
		フリガナ	昭和 平成 令和 年 月 日	※ □給与収入のみ	裏面要件のみ可 ⇒ <input type="checkbox"/> 有	同・別
		フリガナ	昭和 平成 令和 年 月 日	※ □給与収入のみ	裏面要件のみ可 ⇒ <input type="checkbox"/> 有	同・別

被保険者証の記号番号に変えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です）

備考欄	
-----	--

※健保使用欄

任継記号番号 20ー	在職時等級 千円	任継時等級 千円	合計保険料 円 介護 有・無
------------	-------------	-------------	-------------------

注・この申請書は、会社退職の翌日から20日以内に健康保険組合に提出してください。

※資格確認書の交付希望欄： 資格確認書の交付は下記の要件を満たす場合に限られます。

資格確認書の交付要件

- 1 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
- 2 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
- 3 マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者