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		ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生 年 月 日	資格確認書発行要否
		被保険者の氏　　名		男・女	昭和・平成　・　・	裏面要件のみ可 ⇒□　あり
住民票住所	〒　　－					
居　　所	〒　　－　　電話番号　（　　）　　－					
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。）

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
		ﾌﾘｶﾞﾅ	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		裏面要件のみ可 ⇒□有	同・別
		ﾌﾘｶﾞﾅ	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		裏面要件のみ可 ⇒□有	同・別
		ﾌﾘｶﾞﾅ	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		裏面要件のみ可 ⇒□有	同・別
		ﾌﾘｶﾞﾅ	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		裏面要件のみ可 ⇒□有	同・別
		ﾌﾘｶﾞﾅ	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		裏面要件のみ可 ⇒□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－	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