

常務理事	GL	担当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

退職時の健康保険の 記号 - 番号 - 枝番	— —	任意継続被保険者の 記号 - 番号	(記入しないでください) 9900 -		
申請者の氏名		[男 ・ 女]	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)
(退職時の) 事業所名		当組合の 加入期間	取得年月日	(昭・平・令)	年 月 日
			喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年 月 日
自宅電話番号		携帯電話番号		資格確認書発行理由 ※	1 2 3 4 5 6 7
申請者の住民票上の住所	〒			※ マイナ保険証を使用可能な方で資格確認書を念のため所有したい場合は発行できません。 該当する場合のみ以下のいずれかの番号に○を付けてください。 1: マイナンバーカードを紛失したため 2: マイナンバーの更新手続き中のため 3: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 4: マイナンバーカードを持っているが健康保険証利用登録を行っていないため 5: マイナンバーカードを作っていないため 6: マイナンバーカードを返納したため 7: マイナ保険証を持っているが、介護/障害等の事情によりマイナ保険証での受診が困難であるため	
申請者の現在の居所	〒				
引続き扶養する家族 に関する事項	(注) 被保険者と別居の場合は余白に該当者の氏名および住民票上の住所(郵便番号)を記載してください。 住民票上の住所は省略せず住民票の表記通り記入してください。 今後も次の要件を全て満たすことを確認の上で申請してください。 ・被保険者の収入により扶養する。 ・被扶養者の収入(*)が年間130万円未満(ただし60歳以上の方および障害年金受給該当の方は180万円未満)である。 (*) 課税・非課税にかかわらず継続的な収入は全て含む ・(別居の場合) 被保険者から生活費の仕送りを受けている。被扶養者に収入がある場合、その額が被保険者からの仕送り額を超えていない。				
被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄		
	(昭・平・令) 年 月 日			[同居・別居]	1 2 3 4 5 6 7
	(昭・平・令) 年 月 日			[同居・別居]	1 2 3 4 5 6 7
	(昭・平・令) 年 月 日			[同居・別居]	1 2 3 4 5 6 7
ゆうちょ銀行口座の 記号・番号・口座名義	記号	番号	口座名義人	[被保険者本人名義 ・ その他()]	

◎事前に必要な手続・・・ゆうちょ銀行で、保険料の自動払込利用申込手続をお取りください。

【申請書提出先】 退職時の事業所

【提出期限】 事業所担当者に確認してください (**資格喪失後20日以内** に三菱健康保険組合必着です)

【添付書類】 ・ 「**自動払込利用申込書(お客さま控)**」(ゆうちょ銀行での手続時に交付される受付印のある控) のコピー
 ・ 保険料の前納を希望する場合は 「任意継続被保険者保険料納入希望書」

【その他】 退職時に被扶養者であった方を扶養しなくなる場合は 「健康保険被扶養者(異動)届」を同時に提出してください