

記入例

常務理事	事務長	業務課長		担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

受付年月日

○ 次のことをよく読んで申請してください。

1. 被保険者でなくなった日の前日まで継続して2ヵ月以上であったこと。
2. 被保険者でなくなった日から20日以内に岩手県自動車販売健康保険組合に申請しなければならないこと。
3. 保険料を納付期日までに納付しないときは、自動的に資格喪失となるので注意願いたいこと。

① 資格喪失時の健康保険被保険者記号及び番号	記号	101	番号	3	② 被保険者の氏名・性別	健保 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
					③ 生年月日	昭平 45 年 6 月 6 日	④ 資格確認書発行要否	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 否		
⑤ 最後に被保険者として使用されていた事業所の名称			株式会社 健保自動車			⑥ 最後に被保険者の資格を喪失した年月日(退職日の翌日)		年	月	日
								8	4	1

⑦ 被扶養者の氏名等を記入してください。

	氏名	生年月日	続柄	職業	収入	資格確認書要否
1	フリガナ <u>ケイノ</u> <u>リョウコ</u> 健保 良子	<input checked="" type="radio"/> 平 50・7・7	妻	パート	900,000	<input checked="" type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 否
2	フリガナ	昭平				<input type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 否
3	フリガナ	昭平				<input type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 否
4	フリガナ	昭平				<input type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 否
5	フリガナ	昭平				<input type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 否
6	フリガナ	昭平				<input type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 否

収入がある場合は、所得証明書等を添付してください。

マイナ保険証にしていない場合のみ発行となります。

上記のとおり申請します。

令和 8 年 4 月 5 日

岩手県自動車販売健康保険組合理事長 殿

〒 --

申請者の

住所 花巻市〇〇町〇〇-〇〇

氏名 健保 太郎

印

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

携帯番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

※ 申請者が自ら署名する場合は、申請者の押印は不要です。