

健康保険任意継続被保険者資格取得届

理事長	常務理事	事務長	係

① 被保険者等 記号番号	記 号 番 号		
② 資格喪失の年月日	令和 年 月 日	③ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円
④ 資格喪失の際使用 されていた事業所	名 称		
	所在地		
⑤ 資格喪失の際の管轄都道府県知事又は組合の名称	豊島健康保険組合		
⑥ 資格確認書 ※発行要否について	<input type="checkbox"/> 発行必要 資格確認書交付申請書を提出してください		
⑦ 備考	歳	月額:	千円

上記の通り申請します。

(〒 -)

令和 年 月 日

申請者の住所

ふりがな
氏名

印

保険料納付方法を選択し、○をつけて下さい。

↓

毎月納付方式	
半期前納方式	
年間一括方式	

T E L

メールアドレス

生年月日

※資格確認書発行要否について

資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行が必要」の□に✓を付して下さい。

※以下に該当する場合には限ります。別途、交付申請書を提出してください。

- 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返納者
- 2 マイナンバーカードを保有しているが保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除申請者、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