

受付	年 月 日
決定	年 月 日

決		裁	
常務理事	事務長	係員	主務

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(規則第42条関係)

①健康保険被保険者等の記号及び番号	記号		番号		②被保険者の氏名・性別		性別	男 女
					③生年月日	昭・平	年	月 日
④ 資格喪失の年月日			年 月 日	⑤資格喪失の際の標準報酬月額		千円		
⑥ 資格喪失の際使用されていた事業所	名 称							
	所 在 地							
⑦ 資格喪失の際の組合の名称	山梨中央銀行健康保険組合							
⑧ 資格確認証発行要否	<input type="checkbox"/>	※発行は以下に該当する場合に限り ・マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードの返納者 ・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方、利用登録解除を申請した方、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方						
⑨ 備 考								

上記のとおり申請します。

年 月 日

山梨中央銀行健康保険組合理事長 殿

〒

住所

申請者の 氏名

⑩

TEL

携帯

記入上の注意

⑧には資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。