

健康保険任意継続申請書

①又は②の要件を満たしているかご確認し、確認欄へレ点をご記入下さい。

任継番号 990-

記入不要

① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。  
 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。  
 マイナ保険証  持っている  持っていない  
 \* マイナ保険証を持っていない方 →  資格確認書の発行が必要

マイナ保険証有無についてレ点をご記入下さい。  
 お持ちでない方で資格確認書が必要な方はレ点をご記入下さい。

在職時の記号番号	記 XXX - XXXXX	氏名	健保太郎
被保険者住所	〒 XXX - XXXX 東京都〇〇市〇〇町X-X-X	電話	XXX-XXX-XXXX 〇〇マンションXXX号室
e-mailアドレス	健康保険組合からの受信が可能なアドレスを記載願います		
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 X年 X月 X日	生年月日	昭・平・令 XX年 X月 X日生
会社名称	在籍していた会社		
在職期間 (コニカミノルタ健保被保険者であった期間)	自 昭・平・令 年 月 日 ( XX年 Xヶ月間) 至 昭・平・令 年 月 日		
標準報酬月額 (事業主及び健保記入欄)	資格喪失の際の標準報酬月額		千円
	健康保険組合理事長が公告した標準報酬月額	記入不要	千円
	決定標準報酬月額		千円

ご資格喪失の日から20日以内に提出して下さい  
 電話番号・メールアドレスの記入をお願いします

申請する被扶養者（家族）

ふりがな 氏名	生年月日	性別	続柄	職業	住所	認定 不認定
けんぼ はなこ	昭・平・令	男	妻	無職	〒 XXX - XXXX 東京都〇〇市〇〇町X-X-X 〇〇マンションXXX号室	認定
健保 花子	XX・X・X	女	妻	無職	〇〇マンションXXX号室	不認定
	昭・平・令	男			〒 -	認定
						不認定
	昭・平・令	男			〒 -	認定
		女				認定

扶養家族を申請される方全員の  
 氏名・生年月日・性別・続柄・住所をご記入下さい。

保険料はお振込みになります。必ず希望される  
 納付方法にレ点をご記入下さい。

保険料納付方法 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 月払い	<input checked="" type="checkbox"/> 全期前納						
給付金振込先口座 (高額医療給付など健保から振込する口座です。)	金融機関名(郵便局以外)	〇〇〇 (銀行・信金 信組・農協)	コード	X	X	X	X	備考
	支店名(番号)	〇〇〇 支店	コード	X	X	X		
	口座番号	普通・当座	X	X	X	X	X	X

念書 今回、私は健康保険任意継続被 までに保険料の納付がない場合 断し、納入期日の翌日をもって資格喪失手続きを取らせていただきます。	医療費が高額となった際の高額療養費・付加給付金の お振込み先です。ご自身の銀行口座をご記入下さい。
受付日付印	上記の通り申請します。 コニカミノルタ健康保険組合 殿 令和 X年 X月 X日 申請者氏名 健保 太郎

※ 職業欄は、小学1年・大学3年・パート・無職・療養中など実態が判るように記入して下さい。

※ 健康保険組合では、下記の業務において個人情報を使用させていただきます。

保険給付、保険料徴収、保険事業、診療報酬の審査・支払い。健保組合の運営の安定化、健保組合の管理運営業務、業務の維持・改善の為の基礎資料。第三者求償事務において保険会社・医療機関等への相談、届出等。労働災害補償に係る労働基準監督署への対応。