

常務理事		事務長	係員

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

●本申出書は資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内（必着）に三菱地所健康保険組合までご提出願います。

●資格確認書の交付が必要な方（※）は、「資格確認書 発行要否欄」の口にチェックを入れてください。

申出者（本人） 情報欄	当健保の被保険者であった時（退職日以前）の被保険者等の記号・番号・資格喪失日	記号	番号	資格喪失日 (退職日の翌日)				生年月日				
				令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日
	氏名	氏名		氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男	年齢		
		(フリガナ)		(フリガナ)					<input type="checkbox"/> 女	歳		
	住所	郵便番号（左詰め）			-				資格確認書 発行要否欄	<input type="checkbox"/>	発行が必要	
		(都道府県)	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県	(都道府県以降の住所)								
	連絡可能なご連絡先（保険料の納付や給付金のお振込み等について連絡を差し上げることがあるため、日中に連絡可能な以下の連絡先についてご記入願います。）											
電話番号（携帯可）		ハイフンなし（左詰め）										
メールアドレス（「@」の前・後に分けて記入）								@				

保険料の納付種別	ご希望される保険料の納付種別について、希望するいずれかの方法にチェックしてください。（保険料は指定の納付期限までにご自身で納付していただきます）		
	<input type="checkbox"/> 毎月納付	<input type="checkbox"/> 半期前納	<input type="checkbox"/> 全期前納
金融機関名 口座番号	給付金・保険料還付金等の振込に必要となるため、必ずご記入願います。※保険料の口座振替のための届出ではありません（口座振替は行っていません）		
	銀行	支店	口座番号（普通）

●下記の欄には、**在職時に認定を受け、継続して被扶養者となる方のみ**記入ください。  
(ただし、配偶者(妻・夫)が他健保・国保の被保険者の場合はそちらの被扶養者となりますので、継続して当健保の被扶養者となることはできません)

被扶養者 資格取得時 情報欄	氏名	生年月日	性別	続柄	年間収入	同居別居の別	資格確認書発行要否欄
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要

健保記載欄	任意継続被保険者等 記号・番号	記号	番号	証・書等回収状況	資格取得日	
		198		<input type="checkbox"/> 回収済み <input type="checkbox"/> 未回収	平成 令和	年 月 日
	資格喪失時 報酬月額	決定月額		満了予定日		
	等級 千円	千円		令和 年 月 日		

健保受付欄

※「資格確認書」の交付が認められる方は以下に該当する者に限ります。

- ◇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を返納した方
- ◇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、利用登録解除の申請中・登録解除をした方
- ◇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方
- ◇マイナ保険証による受診に第三者(介助者など)のサポートが必要となる方