

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決 済				

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①健康保険被保険者の記号及び番号	記号	番号	① 被保険者の氏名・性別	性別	男・女	
				② 生年月日	大・昭平・令	年
③ 資格喪失の年月日			令和	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						
⑧資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	発行理由		<p style="color: red;">資格確認書の発行は、以下に該当する場合に限りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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の返納者</li> <li>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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者</li> <li>マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者</li> </ul>		

上記のとおり申請します。 年 月 日

アドバンテスト健康保険組合理事長殿

申請者の 〒 \_\_\_\_\_  
 住民票住所 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_  
 居所住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

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。