所属　○○○　氏名　○○　○○○

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

健保組合	常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証等	記　号	○○				
	番　号	○○○○○				
資格喪失の年月日	令和　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		資格喪失の際の標準報酬月額	○○○ 千円	前年９月３０日現在の平均標準報酬月額	○○○ 千円
資格喪失の際使用されていた事業所	名　称	○○○株式会社				
	所在地	大阪府○○市○○区○○町○丁目○○－○○○				
資格喪失の際の組合の名称	近畿日本鉄道健康保険組合					
振込銀行口座番号等を記入してください	銀行コード（　△△△　）　△△△ 銀行	支店コード（　△△△　）　△△△ 支店	普	△△△△△△△		
保険料納付方法および納付期限	☑ 毎月納付（毎月10日）	□ 半期前納【① 4月分～9月分・② 10月分～3月分】《開始月前月の末日》（① 3月末日・② 9月末日）	□ 通期前納【4月分～翌年3月分】《開始月前月の末日》（3月末日）			
備　考						

（注）備考欄には、健康保険法第37条第1項の規定による期限（資格喪失の日から20日以内）を経過した後に申出書を提出する場合には、遅滞した理由を記入すること。

※資格確認書発行要否	☑	発行が必要

※資格確認書発行要否　（資格確認書が必要な方は以下の場合に限ります）
・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
・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、利用登録を解除された者
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

〒	△△△－△△△△
申出者の住所（フリガナ）	キョウトフ△△△△△△△△△△△△△△△△△
申出者の住所	京都府△△市△△区△△町△丁目△△－△△△
氏名（フリガナ）	△△△　△△△
氏名	△△　△△　（男）・女
生年月日	（昭和）平成　△△ 年 △△ 月 △△ 日
電話	△△△（△△△△）△△△△

要・保・（　月　日受取）