常務理事	事務長	課長	係	＊任意継続被保険者証		＊資格喪失時の標準報酬月額
				＊記号	＊番号	
						千円

健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書

≪申請期間は資格喪失後（退職後 20 日以内）≫

在職中の被保険者等	記号		番号		申請者氏名		生年月日	昭和 平成	年　月　日	男・女	申請日	令和　年　月　日
資格取得日	昭和 平成 令和	年　月　日	資格喪失日	令和　年　月　日	在職中の会社名		在職中の勤務事業所所在地					
住所	〒　- TEL　-　-　e-mail											資格確認書(※) ☐　発行が必要

現在の被扶養者欄	氏　名	生年月日	続柄	職業	同居の別	収入有無	収入（年額）	住所（別居世帯のみ記入）	資格確認書(※)
		昭･平･令　年　月　日			同・別	有・無	円	〒　-	☐　発行が必要
		昭･平･令　年　月　日			同・別	有・無	円	〒　-	☐　発行が必要
		昭･平･令　年　月　日			同・別	有・無	円	〒　-	☐　発行が必要
		昭･平･令　年　月　日			同・別	有・無	円	〒　-	☐　発行が必要
		昭･平･令　年　月　日			同・別	有・無	円	〒　-	☐　発行が必要
備考欄									

注）1.太枠の中に記入してください。＊目印欄には記入しないでください。
2.記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください。
3.資格取得日はオリンパス健保に加入した日です。（事業所が変わっている場合は、最新の取得日です。）
4.資格喪失日は退職日の翌日です。
5.他社へ出向している場合、在職中の会社には原籍会社を記入してください。
6.初月保険料は、指定の払込取扱票を事業所担当者、または健保から入手して払い込んでください。次月からは郵便局引落しになります。
7.現在の被扶養者欄には、継続して被扶養者になる現在のご家族の事柄を記入してください。
内容に変更がある場合は「健康保険被扶養者（異動）届」にて届出してください。

（※）資格確認書の発行（R6.12.1 以降の加入者）が認められる理由
1. 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
2. マイナンバーカードを保有しているが健康保険証の利用登録を行っていない者、利用登録を解除した者
3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

受付日付印　　決済日付印

オリンパス健康保険組合

R6.10