## 健康保險 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)≫

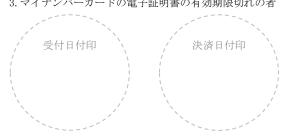
常務理事	事 務	長	課	長	係	*任意継続	*資格喪失時の		
						*記号	*番号	標準報酬月額	
								千円	

	中の被 険者等	記号	11	番号	12345	申請者	光学	一郎		2	生年月日	昭和 平成	35年7月7	月 男 女	申請日	令和	6年12月2日
資格取得日			15	年 10 月 1 日	資格喪失日	令和 6	3年12月1日 在職中の会社名 オ			オリンパ	リンパス株式会社			中の 東京都新宿区西新宿 2-3-1 新宿モノリス 所所在地			
	₹19	〒192-1234 資格確認															資格確認書(※)
住所	住所 東京都八王子市石川町 1234 オリンパスマンション 555										ロー発行が必要						
□ 発行が必要 TEL 03-1234-5678 e-mail aaaa@bb.com												□ 発打が必要 □					
	氏	名		生生	続柄	職業	同居の別	収入有無	収入 (年額	額)		住所(別居世帯のみ記入)				資格確認書(※)	
現在の被扶養者欄	光学	花子		昭•平・令 40	妻	無職	同別	有無	0	円 〒	- *	・別居世帯のみ	帯のみ記入			□ 発行が必要	
				昭·平·令	年 月 日			同・別	有・無		円 〒	-		グロップ			発行が必要
				昭・平・令	年 月 日			同・別	有・無		円 〒 ・ チェックをしてく			<b>~ (</b>	発行が必要		
				昭・平・令	年 月 日			同・別	有・無		円 〒	-		<u>※R6.12.1 以降の任継加入者のみ</u>			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
  - 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



オリンパス健康保険組合