

任意継続被保険者資格取得申請書					常務理事		事務長		担当																							
G L V健康保険組合理事長 殿																																
資格喪失時の記号・番号																																
資格取得の年月日			平成・令和		年		月		日																							
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)			令和		年		月		日																							
資格喪失時の 事業所		事業所 名 称																														
		所 在 地																														
給付金等振込指定先			銀行		支店		普・当		No.																							
			金融機関コード()		支店コード()																											
保険料納入指定区分			1. 毎 月 ご と		2. 半年分前納		3. 1年分前納																									
次の内容に同意の上、任意継続の資格取得申請をいたします。 1. 保険料納付期日までに入金確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとることに同意します。 2. 再就職し、他の健康保険組合の被保険者になった時点で資格喪失手続きを速やかに行います。 3. 届出内容に変更が生じたら、速やかに健康保険組合へ届出を行います。 4. 『家族の扶養に入る』『国民健康保険に入る』という理由で任意継続資格喪失できないことを了承します。 5. 資格喪失後、健康保険を使用した場合、医療費の健保負担分を返還します。 6. 資格喪失の場合、速やかに資格確認書を返却し、該当日より一切使用しません。 氏名																																
申請者の住所		〒 - 自宅 () 携帯 ()																														
(フリガナ) 氏 名																																
生 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳					性 別		男 ・ 女																							
メールアドレス																																
資格確認書発行要否		☐ 資格確認書の発行を希望します(マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)																														
在職中のときから継続して扶養する家族がいる場合は、その方のお名前を記入してください。 ※任意継続の資格取得と同時に扶養から外れる方のお名前は書かないでください。																																
被扶養者氏名 (フリガナ)			性別		続柄		生年月日																									
			1. 男				昭和																									
			2. 女				平成 年 月 日																									
資格確認書発行要否			☐ 資格確認書の発行を希望します(マイナ保険証を使用している場合はチェック不要です)																													
被扶養者氏名 (フリガナ)			性別		続柄		生年月日																									
			1. 男				昭和																									
			2. 女				平成 年 月 日																									
資格確認書発行要否			☐ 資格確認書の発行を希望します(マイナ保険証を使用している場合はチェック不要です)																													
被扶養者氏名 (フリガナ)			性別		続柄		生年月日																									
			1. 男				昭和																									
			2. 女				平成 年 月 日																									
資格確認書発行要否			☐ 資格確認書の発行を希望します(マイナ保険証を使用している場合はチェック不要です)																													
(注) 新たに扶養家族となる方がいる場合は、別途「被扶養者異動届」を提出してください。																																
備考 個人番号(マイナンバー)(任意) (被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です) ※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の2種類の書類を添付して下さい。 ①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し																																
<table><tr><td rowspan="4">※ 記入 欄 組 合</td><td>任意継続者被保険者</td><td>記号</td><td></td><td>番号</td><td></td><td rowspan="4">受付日付印</td></tr><tr><td>任意継続資格喪失予定日</td><td colspan="4">令和 年 月 日</td></tr><tr><td>資格喪失時標準報酬月額</td><td colspan="4">千円</td></tr><tr><td>決定月額</td><td colspan="4">千円</td></tr></table>											※ 記入 欄 組 合	任意継続者被保険者	記号		番号		受付日付印	任意継続資格喪失予定日	令和 年 月 日				資格喪失時標準報酬月額	千円				決定月額	千円			
※ 記入 欄 組 合	任意継続者被保険者	記号		番号		受付日付印																										
	任意継続資格喪失予定日	令和 年 月 日																														
	資格喪失時標準報酬月額	千円																														
	決定月額	千円																														