

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者等 記号番号	記号	番号	フリガナ		性 別	男・女
			② 被保険者の 氏名・性別			
			③ 生年月日	昭・平 年 月 日		
④ 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		広島東友健康保険組合				
⑧ 資格確認書発行の可否		☐ 発行が必要	必要な理由	1. マイナ保険証がない 2. 電子証明書期限切れ		
被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。						
備考欄						

※ ⑧資格確認書の発行が必要な場合は「☐発行が必要」に✓を入れ、必要な理由のいずれかに○をしてください。
ただし、下記のいずれかに該当する場合に限ります。理由「1」の方とは下記の①又は②の方になります。
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
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

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

広島東友健康保険組合理事長 殿

〒

住 所

申請者の

氏 名

電 話

携 帯