

様式番号	
適	14

部長	課長	扱	合議

住所	居住地 〒 []-[]
	住民票(居住地と住民票が異なる場合に記載) 〒 []-[]
氏名	

連絡先	自宅	-	-
	携帯	-	-

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※別紙1「任意継続申請要領」を確認のうえ申請してください。

【在籍時の適用状況】

事業所記号・被保険者番号	-	事業所名称	
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	標準報酬月額 千円
資格喪失年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	生年月日 昭和 平成 令和

資格確認書 交付希望	<input type="checkbox"/>	※資格確認書は以下の該当者のみに発行することが可能です。 (1)マイナンバーカードを持っていない方 (2)マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方 (3)マイナンバーカードを紛失した方 (4)病気や身体の不自由等により自身で医療機関の受診が困難な方 (5)マイナ保険証への利用登録をしていない又は利用登録を解除した方
---------------	--------------------------	---

任 継 保 険 料 支 払 方 法	取得月	当組合が送付する納入告知書に記載の納付期限までに納付してください。 ※初回保険料はお振込みでの納入をお願いします。口座振替は告知書送付時にご案内します。
	取得月の翌月以降	<input type="checkbox"/> 単月支払 ⇒ 毎月10日までに納付(納入告知書に納付期限記載) ※納付期限までに納付がない場合、その翌日で資格を喪失します。正当な理由がない以外、資格継続は認められませんので、納付期限にはご注意ください。 <input type="checkbox"/> 半年前納 ⇒ 納付期間の初月の前月末日までに納付(納入告知書に納付期限記載) ※取得月の翌月～9月、10月～翌年3月 (取得月が9月以降の場合は、翌年3月まで) <input type="checkbox"/> 一年前納 ⇒ 納付期間の初月の前月末日までに納付(納入告知書に納付期限記載) ※取得月の翌月～翌年3月

給付金 振込先 金融機関	当組合から給付金等を振り込む場合の振込先を入力してください。			
	【金融機関名】		【店名】	
	金融機関コード	店番号	預金種目	口座番号

任意継続 被扶養者 加入人数	人	被扶養者は、再審査になりますので、被扶養者異動届(適3)、被扶養者調査書(適5)の他に被扶養者認定基準(別紙2を参照)に従い必要書類を添付し申請してください。
----------------------	---	---

北海道農業団体健康保険組合互助会加入選択	加入・未加入
----------------------	--------

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日