

健保組合使用欄					
常務理事	事務長	担当者	納付書 資格取得通知	資格確認書	資格情報の お知らせ

## 任意継続被保険者資格取得申請書

①被保険者等 記号・番号	記 号	3001	番 号		②被保険者 の氏名		③性別	男 ・ 女
④生年月日	昭和 平成	年	月	日	⑤資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※記入上の注意を参照		
⑥住民票住所	(〒 - )							
⑦書類等送付先 ※上記の住民票住所と同じ場合は記入不要	(〒 - )							
⑧資格喪失年月日	年	月	日	⑨資格喪失の際の 標準報酬月額	千円			
⑩資格喪失の際 使用されていた 事業所	名 称							
	所在地							
⑪資格喪失の際の組合の名称	ナイスグループ健康保険組合							
⑫ " 被保険者等記号番号					-			
またはマイナンバー ※マイナンバーを記入する場合は、 番号・本人確認書類の提出が必要です。								
⑬保険料の 支払方法 (健保組合指定口座へ お振り込みいただきます)	保険料の支払い方法を選択して番号に○をつけてください。 1. 単月（毎月その月の保険料を当月10日までに支払う） 2. 前納（1年度分<翌3月までの分>をまとめて先に支払う） 3. 半期前納（半年分<4月～9月分・10月～3月分>をまとめて先に支払う） ※但し、加入月のみは必ず単月の扱いになります。							
⑭備考								

上記のとおり申請します。

また、指定された納付期日までに必ず納付することを誓約します。なお違約した場合は、健康保険法第38条第3号（保険料を納付期日までに納付しなかったときは被保険者の資格を喪失する）に基づき資格を喪失しても異議申し立て致しません。

年 月 日

ナイスグループ健康保険組合理事長殿

住所 ⑥住民票住所と同じ

申請者の 氏名

電話番号

メールアドレス

## 《記入上の注意》

⑤資格確認書発行要否：資格確認書の発行が必要な場合（※）は「発行が必要」にチェックを入れてください。※以下に該当する場合に限る。

A：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

B：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

C：マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

⑩備考：資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。