タクマ健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長	担 当	担 当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

下記のとおり、申請いたします。

申 請 日	令和 年 月 日					
在職時の被保険者等	記号		番号		＊ 健保記入 900 ー	
資格喪失年月日	令和 年 月 日				＊ 資格喪失日は、退職日の翌日です。	
氏 名					資格確認書発行要否 ※	□ 発行が必要
生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日				退職時の年齢	歳
住民票住所	〒 ー					
連絡の取れる電話番号	自 宅 : TEL ー ー					
	携帯電話 : TEL ー ー					
退職時の標準報酬月額	千円		退職時の事業所			

給 付 金 振 込 口 座 届

＊ 療養附加金等が発生した場合に銀行振込みしますので、振込先をご記入ください。

銀 行 名	銀行 ・ 信用金庫 農協 ・ 信用組合		本店 支店・営業所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義（カタカナで記入）	＊ 口座は、ご本人様名義のものでお願いします。		

注1. 扶養家族がある場合は、「 健康保険被扶養者（異動）届 」をご提出ください。
（「 被扶養認定調書 」および 添付書類は不要です。）

2. 資格を失った日から、20日以内に提出してください。

3. 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ります。

- マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを返納した方。
- 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方、利用登録解除を申請した方、利用登録を解除した方。
- マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方。