

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書
(兼被扶養者申請書)

常務理事	事務長	担当者

被保険者 記号・番号	* * - * * * * *	被保険者名	コクヨ 太郎		任意継続記号番号 (記入不要)	健保で決定します	
生年月日	昭和**年**月**日	年齢	* * *		電話番号	090-1234-5678	
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和7年4月1日					資格喪失時の 標準報酬月額	
退職時の事業所名	コクヨ株式会社					所在地	大阪市東成区大今里南6-1-1
被扶養者	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	フリガナ 氏名	フリガナ 氏名	続柄	生年月日
	コクヨ 花子	妻 女	昭和**年**月**日	コクヨ 花子	コクヨ 花子	男女	年月日
	コクヨ 一郎	子 男	平成**年**月**日	コクヨ 一郎	コクヨ 一郎	男女	年月日
	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	フリガナ 氏名	フリガナ 氏名	続柄	生年月日
			大 昭 平			男女	年月日

上記の通り申請します。

※ゆうちょ銀行「自動払込利用申込書」の本人控え写メ、PDF等(郵便局の受付印が押されたもの)
「マイナ保険証登録確認及び資格確認書交付(再交付)申請書」を添えてを健保へ提出ください。

令和7年 3月 17日

〒 560 - 0015

住 所 豊中市赤坂12-345

氏 名 コクヨ 太郎

電話番号 06-6973-9478

メールアドレス taro-k@gmail.com

退職後の連絡先を記入
ください

自動払込利用申込書

自払申込

記入見本



※太枠内にボールペンではっきりとご記入ください。
 ※「お届け印」欄には、通常貯金のお届け印を押してください。
 ※総合口座通帳を併せて、ご提出ください。
 私は下記の払込金を次により自動払込みによって支払うこととしたいので依頼します。
 私は自動払込み規定及びゆうちょ銀行所定の関係規定に同意の上、申し込みます。
 なお、本申込書は、私に代わって貴行から下記加入者にお届けください。

お申込人(口座名義人)	郵便番号 ()			
	おところ			
	フリガナ			
おなまえ			お届け印 	
日中ご連絡先電話番号	携帯	会社		自宅
記号番号	1	0		

記号 (8桁未満の場合は右詰め記入し、その順位の空欄には「0」をご記入ください)

通帳に記載のある方のみご記入ください。

▼お申込みの日から払込みが開始される日までの期間を1か月以上あげてご記入ください。 ▼払込日は収納加入者さまにご確認の上、ご記入ください。

加入者名	コクヨ健康保険組合
口座番号	00980-7-264810

払込金の種別	※退職が月末日 (EX.7月31日) の場合：退職月の翌月より2か月後 (10月から)、 退職が月末日以外 (EX.7月5日) の場合：退職月から2か月後 (9月から)。	<input type="checkbox"/> 割賦代金 34	
		<input type="checkbox"/> 税金 35	
		<input type="checkbox"/> 30	
	<input type="checkbox"/> 電話料金 23	<input checked="" type="checkbox"/> 各種保険料 28	<input type="checkbox"/> 会費 33

払込開始月 7年6月から(※) 払込日 毎月1日 (再払込日 10日) 土・日・祝日の場合は翌営業日

※払込開始月のご指定がない場合は、空欄のままご提出ください。
 ▼「ご契約者欄」はお申込人とご契約者の「おところ・おなまえ」が異なる場合にご記入ください。

ご契約者	郵便番号 ()			
	おところ	注 お申込み欄(口座名義人)がご家族の場合		
	フリガナ	「ご契約者」欄にご本人のお名前、お姓を必ずご記入ください。		
おなまえ			様	
日中ご連絡先電話番号	携帯	会社		自宅

日附印	
印鑑照合	受付

マイナ保険証(※)登録確認 及び 資格確認書交付 (再交付)申請書

※マイナンバーカードに保険証利用登録を行ったもの、マイナンバーカードを持っておられない方は至急作成するようにお願いいたします。
 保険証利用登録がお済でない方も至急登録をお願いします。

未記入でOK

詳しくはこちら

記入日 2024年 12月 3日

記号・番号 ※不明な場合は空白でOK	番号(左づつめ)	生年月日
	1 昭和 1 1 0 3 2 平成 6 1 3 令和	
氏名	フリガナ コクサ ケンタ 国誉 健太	
郵便番号	123-4567	
住所	東京都 〇〇区〇〇〇1-2-3 府 県	

対象者	マイナンバーカード保有	保険証利用登録・資格確認書	申請理由
被保険者 氏名 同上 <input type="checkbox"/> 再交付申請	<input checked="" type="checkbox"/> 保有済 <input type="checkbox"/> 保有無	保険証利用登録・資格確認書 <input checked="" type="checkbox"/> 登録済 ※資格確認書交付なし <input type="checkbox"/> 未登録 登録するので交付不要 <input type="checkbox"/> 未登録 登録しない為、交付を申請 <input type="checkbox"/> 新規交付申請	<input type="checkbox"/> 再交付の場合は右記理由欄より番号を必ず選択 <input type="checkbox"/> 申請理由
被扶養者① 氏名 国誉 健子 《続柄> 妻 <input type="checkbox"/> 再交付申請	<input type="checkbox"/> 保有済 <input type="checkbox"/> 保有無	保険証利用登録・資格確認書 <input type="checkbox"/> 登録済 特別な理由で資格確認書の交付を申請(右に理由) <input type="checkbox"/> 未登録 登録するので交付不要 <input type="checkbox"/> 未登録 登録しない為、交付を申請 <input checked="" type="checkbox"/> 新規交付申請	<input type="checkbox"/> 再交付の場合は右記理由欄より番号を必ず選択 <input type="checkbox"/> 申請理由
被扶養者② 氏名 国誉 健太郎 《続柄> 長男 <input type="checkbox"/> 再交付申請	<input checked="" type="checkbox"/> 保有済 <input type="checkbox"/> 保有無	保険証利用登録・資格確認書 <input type="checkbox"/> 登録済 特別な理由で資格確認書の交付を申請(右に理由) <input checked="" type="checkbox"/> 未登録 登録するので交付不要 <input type="checkbox"/> 未登録 登録しない為、交付を申請 <input type="checkbox"/> 新規交付申請	<input type="checkbox"/> 再交付の場合は右記理由欄より番号を必ず選択 <input type="checkbox"/> 申請理由
被扶養者③ 氏名 国誉 花子 《続柄> 母 <input type="checkbox"/> 再交付申請	<input checked="" type="checkbox"/> 保有済 <input type="checkbox"/> 保有無	保険証利用登録・資格確認書 <input checked="" type="checkbox"/> 登録済 特別な理由で資格確認書の交付を申請(右に理由) <input type="checkbox"/> 未登録 登録するので交付不要 <input type="checkbox"/> 未登録 登録しない為、交付を申請 <input type="checkbox"/> 新規交付申請	<input type="checkbox"/> 再交付の場合は右記理由欄より番号を必ず選択 <input type="checkbox"/> 申請理由

保険証利用登録を必ず行ってください

4を選択の場合は右記理由欄の4の()に具体的な理由を入力ください

常務理事	事務局長	担当者

左記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。

事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名

- 理由欄(被保険者用)
- 1: マイナンバーカードを紛失したため
 - 2: マイナンバーカードの更新手続き中のため
 - 3: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
 - 4: 資格確認書を減失・き損したため
 - 5: 資格確認書の有効期限が切れるため
 - 6: その他理由(以下へ入力・記入ください)
 - 7: その他理由(以下へ入力・記入ください)

- 理由欄(養者用)
- 1: マイナンバーカードを紛失したため
 - 2: マイナンバーカードの更新手続き中のため
 - 3: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
 - 4: マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要ない状態のため(花子は介護施設に入所しており、自身でマイナンバーカードを管理できない状態のため)
 - 5: 資格確認書を減失・き損したため
 - 6: 資格確認書の有効期限が切れるため
 - 7: その他理由(以下へ入力・記入ください)