

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 在籍時の被保険者等 記号・番号	〇〇〇 ・ 〇〇〇	② 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 〇 年 〇 月 〇 日	※資格喪失日の属する月から 保険料が必要になります。
③ 在籍時の事業所	大阪本社 ・ 東京本社	④ 資格喪失の際の健康保険組合名称	J A S T 健康保険組合	
⑤ 保険料支払方法 いずれかに○印をしてください	各月毎に支払う ・ 半期分毎に前納する ・ 年度分毎に前納する			
⑥ 振込先口座※ (当組合から給付金等を 振込むための口座)	〇〇 銀行 〇〇〇〇 本店・支店 金庫 〇〇〇〇 店・出張所 信組	⑦ 退職日時点の 被扶養者有無	⑧ 無 ・ 有	有の場合は、健康保険被扶養者（認定・削除）届と 添付資料を提出してください。 ※【注意事項】2.参照
⑨ マイナ保険証の利用可否	☐ マイナ保険証が利用できない (資格確認書発行希望)	※ 保険料の引き落とし口座ではありません。 また、申請者本人の口座のご記入をお願い致します。		

上記のとおり申請します 令和 〇 年 〇 月 〇 日

- 【マイナ保険証が利用できない場合とは以下の状態を指します。】
1. マイナンバーカードを紛失中
 2. マイナンバーカードの更新手続き中
 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
 4. マイナンバーカードを作っていない または 作っているが健康保険証利用登録を行っていない
 5. マイナンバーカードを返納した
 6. 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
- ※提出先・照会先 J A S T 健康保険組合
〒530-0005 大阪市北区中之島二丁目3番18号 中之島フェスティバルタワー28階
TEL：06-4560-1008 E-mail：info@jastkenpo.or.jp

住民票 住所	〒 530 - 0005 (フリガナ) オオサカフオオサカシタナカノシマ〇ー〇ー〇 〇〇マンション〇ゴウシツ	
	大阪 都 道 大阪府 大阪府 大阪府 大阪府	大阪 都 道 大阪府 大阪府 大阪府 大阪府
	中之島〇ー〇ー〇 〇〇マンション〇号室 ※住民票に記載の通り、正しくご記入ください	
電話番号	(06) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
氏名	ケンポ 知ウ	知ウ
	健保 太郎	
生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 性別 男 ・ 女	