受　付	年　月　日
決　定	年　月　日

決　議				

（規則15条関係）

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者等の記号及び番号	記号		番号		②被保険者の氏名・性別		性別	男女
					③生 年 月 日	年　月　日		
④資 格 喪 失 の 年 月 日			年　月　日		⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円		
⑥ 資格喪失の際使用されていた事務所	名　称							
	所 在 地							
⑦　資格確認書発行要否			□発行が必要					
⑧備　考								

誓 約 書

下記の事項を確認した上で１と２の誓約内容の□にチェックを入れてください。

≪
・任意継続被保険者となった日から起算して２年を経過したときには、資格喪失となります。
・保険料を納付期限までに納付しなかったときには、資格喪失となります。
≫

□ １．　任意継続の資格を喪失した際には、ローソン健康保険組合から交付された有効期間内の各証（保険証、資格確認書等）を５日以内に返納することを誓約いたします。

□ ２．　資格喪失後、ローソン健康保険組合の 各証（保険証、資格確認書等）で医療機関にかかった場合は、後日、 健康保険組合負担分を全額自己負担いたします。

上記の記載事項に相違ないことを誓約し、申請いたします。

年　月　日

ローソン健康保険組合理事長　殿

〒　－

住所

申請者の

氏名　　TEL

※資格喪失後２０日以内に健保必着でご提出ください。

※住民票（３ヶ月以内に交付のもの）を添付してください。
・世帯全員の続柄・世帯主記載
・個人番号（マイナンバー）の記載は不要です

※資格確認書の発行が必要な場合は、⑦欄の□に✔（チェック）を付してください。
発行は以下の場合に限ります。
・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
・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
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

※被扶養者を引き続き扶養にする場合は別途ご提出いただく書類がございますため、
ローソン健康保険組合（03-5435-1960）へご連絡ください。