

【提出先】 ① ファイルリクエスト（推奨）：<https://ono-pharma.app.box.com/f/6eb66c30c702417fa471178e488cfa5b>

② 郵 送 の 場 合 ： 〒541-0045 大阪府大阪市中央区道修町2丁目1番5号 小野薬品健康保険組合 宛

※ ご家族を扶養に入れる場合は、「健康保険被扶養者（異動）届 任継用」もあわせてご提出ください。

任意継続被保険者資格取得申出書

小野薬品健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請します。

【 申 請 者 】

被保険者等の 記号		被保険者等の番号 (4ケタの数字)	
退職年月日	令 和	年	月 日
(フリガナ)			
氏 名			
生年月日	☐ 昭 和 ☐ 平 成	年	月 日 性別 ☐ 男 ☐ 女
住所	〒 ー ー (携 帯 番 号) ー ー (自宅電話番号) ー ー (メールアドレス)		

【 資格確認書の発行要否・発行理由】 ※資格確認書の発行要否・発行理由は裏面でご確認ください

☐ 発行要	☐ 発行不要	左記で「発行要」を選択された場合は裏面の発行理由番号（1～7 のいずれか）をご記入ください
------------------------------	-------------------------------	---

【 保 険 料 】 ※ 保険料の口座引き落としはできません。

(保険料の納付方法)

☐ 一括払い（割引あり）	☐ 半年払い（割引あり）	☐ 毎月払い
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

(納付書の種類)

☐ 銀行専用の納付書	☐ ゆうちょ銀行専用の納付書
-----------------------------------	---------------------------------------

【 給付金等受取口座 】 ※ 健康保険組合から補助金等を振込するための口座

☐ 銀行 ☐ 労金 ☐ 農協 ☐ 信金 ☐ 信用金庫	☐ 本 店 ☐ 支 店 ☐ 出張所	口 座 番 号 (数字7ケタ)
口座名義人 (本人名義)		

受 付 印

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

小野薬品健康保険組合（担当：川邊）
TEL:06-6222-5665 FAX:06-6222-5650
E-mail : kawabe@ono-pharma.com

(2026/08/21改)

資格確認書の発行が必要な方（理由） ※該当しない場合は発行できません

- 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を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：マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
- 5：マイナンバーカードを作っていないため
- 6：マイナンバーカードを返納したため
- 7：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ため