

常務理事	事務長		担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

申出者記入用



申出書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

申出者情報	勤務していた時に使用していた被保険者証 (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所	(〒 -)		都 道 府 県			
	電話番号 (日中に連絡可能な連絡先)	TEL	()				

勤務していた事業会社	名称	所在地
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成・令和 年 月 日	資格確認書要否 要 ・ 否

保険料の納付方法

保険料の納付方法について、希望する番号をご記入ください。

1. 毎月納付 2. 6か月前納 3. 12か月前納

【注意事項】

- 資格確認書の要否に関して、要の場合は別途“健康保険資格確認書交付申請書”を添付してください。
- ※要に○が無い場合や、“健康保険資格確認書交付申請書”の添付が無い場合は否と判断します。
- 任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方についてご記入ください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」をご提出ください。

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

被扶養者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
	(フリガナ)	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー
						資格確認書要否	要 ・ 否
(フリガナ)	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
						資格確認書要否	要 ・ 否
(フリガナ)	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
						資格確認書要否	要 ・ 否
(フリガナ)	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
						資格確認書要否	要 ・ 否
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。							万円

被保険者マイナンバー記載欄

(健康保険の被保険者記号番号を記入した場合は記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

