

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書（兼 被扶養者届）

記入例

【注意事項】

- ※1 必ず資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に申請をしてください。
- ※2 ※任意継続資格は新規発行となる為、在職時の保険証・資格確認書は使用できません。
- ※3 在職時の保険証・資格確認書は速やかに事業主へ返却してください。
- ※4
- ※5
- ※6 緊急連絡先（ご家族）、メールアドレスを必ずご記載ください。無記載の場合、書類を返戻する事もあります。

- ・住所はマンション名まで記入してください。
- ・届出内容について健保組合より確認が入る場合がある為、自宅電話番号と日中繋がる電話番号（携帯番号）の両方を必ず記入してください。

健康保険被保険者記号番号		被保険者氏名(フリガナ)			性別	生年月日			退職後の 連絡先・メールアドレス・緊急連絡先										
記号	番号	ケンポ タロウ			男	昭和	年	月	日	※6									
		※1 健保 太郎			女	平成	60	1	1	連絡先〔携帯・自宅〕 () - メールアドレス @mailaddress.ne.jp 緊急連絡先 () - 連絡先氏名 健保 一郎									
住所		() 東京都新宿区百人町 - - ▲▲マンション																	
		個人番号			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		

健康保険の資格取得日	資格喪失日(退職日の翌日)	資格喪失日前まで勤めていた所属部署		資格喪失時の標準報酬月額
令和 5 年 4 月 1 日	令和 6 年 8 月 1 日	所属部署	●●営業部 ●●課	*記入不要 千円
		電話番号	() -	

保険料の納付方法 **1.** 毎月納付（1か月分） **2.** 半期前納（半年分） **3.** 全期前納（1年分） ※未記入の場合は自動で1の毎月納付となります。

給付金振込み口座				資格確認書発行希望
金融機関名	本・支店名	口座番号	請求者名義(カタカナ)	資格確認書発行希望 <input checked="" type="checkbox"/>
※4 XXXXX 銀行 金庫	OOOO 本店 支店	(普) *****	ケンポ タロウ	※5

引き続き被扶養者として届け出るご家族を記入してください。	フリガナ	性別	生年月日	続柄	同居	職業	収入の種類	マイブ保険証	資格確認書	健保記入欄
	被扶養者氏名				別居	別居の場合 仕送り金額	年間収入(見込)額	連携済 <input type="checkbox"/>	発行希望 <input checked="" type="checkbox"/>	
16才以上の被扶養者の届出には収入証明書類等を必ず添付してください。(詳細は当健保HPでご確認ください)	ケンポ ハルコ	男	昭和 62 年 2 月 2 日	妻	同居	パート	給与			
	健保 春子	女	平成 3 年 4 月 12 日	子	別居	(月額) 75,000 円	年間 900,000 円			

被扶養者がいる場合は改めて審査を行いますので、必要書類を必ず添付してください。
※ 在職時から引き続き被扶養者として申請する場合も書類の添付は必要です。

【添付書類について】
「被扶養者状況調査書（16歳以上必須）」の他、必要書類（当健保HPで確認）を添付してください。

誓約事項 下記事項
令和 6 年 8 月 4 日

「続柄」の記入例
配偶者：妻・夫
子：長男・次男・長女・次女 等
親：実父・実母・義父・義母 等

健康保険証を返却することを誓います。

氏名 健保 太郎 印

- 1.任意継続期間が2年を経過したとき、または被保険者が死亡したとき
- 2.再就職し、他の健康保険組合の資格を得たとき
- 3.保険料を納付期限（その月の10日）までに納めないとき
- 4.任意継続被保険者ではなくなることを希望したとき

1～4の内容理解の上、署名・捺印をお願い致します。