

記入例

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）

- 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 ※任意継続保険証は新規発行される為、在職時の保険証は使用できません。在職時の保険証は速やかに事業主へ返却してください。

- ・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ため
 自宅電話番号と日中繋がる電話番号（携帯電話）の両方を
 必ず記入してください

④ 給付金は下記の場合にのみ支給されます。
 ⑤ 自宅・連絡先（ご家族）、メールアドレスを必ず記載ください。無記載の場合、書類を返戻する事もあります。

健康保険被保険者証		被保険者氏名(フリガナ)			性別	生年月日			退職後の 自宅・連絡先・携帯電話番号・メールアドレス												
記号	番号	ケンホ タロウ			男	昭和	年	月	日	自宅・連絡先 (●●●●) ●●●● - ●●●●											
		健保 太郎			女	平成	60	1	1	携帯 (▲▲▲) ▲▲▲▲ - ▲▲▲▲ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺											
住所		(〒 ●●●● - ●●●●) 東京都新宿区百人町●●●●-●●●● 新宿大久保●●●●ビル●●F																			

健康保険証の資格取得日	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 3 月 1 日	所属部署	●●営業部 ●●課	電話 番号 (●●) ●●●● - ●●●●

* 記入不要 千円

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			
金融機関名	本・支店名	口座番号	請求者名義(カタカナ)
XXXXXX 銀行金庫	OOOO 本店支店	(普) *****	ケンホ タロウ

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	同居別居	職業	収入の種類
	被扶養者氏名		年	月	日		別居の場合 仕送り金額	年間収入(見込)額	
16才以上の被扶養者の届出には収入証明書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)	ケンホ 春子	女	昭和	62	2	2	妻	同居	パート 給与
	ケンホ 雪子	女	昭和	3	4	12	子	別居	(月額) 75,000 円 年間 900,000 円

ご本人様名義の口座必須

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才以上必須）」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 令和 6 年 3 月 5 日

氏名 健保 太郎

- 任意継続期間が2年を経過した時、または被保険者が死亡した時
- 再就職し、他の健康保険組合の資格を得たとき
- 保険料を納付期限（その月の10日）までに納めないとき
- 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・捺印をお願いいたします