

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）

【注意事項】

- ※1 **太枠内の項目をもれなく記入してください。**被保険者が自ら署名する場合、被保険者氏名欄の押印は必要ありません。
- ※2 申請書の受付期間は、退職日翌日から20日以内となります。（退職日までに継続して2か月以上加入されていない方は申請できません）
- ※3 申請書受理後、初回(加入月)保険料の「納付書」を送付いたしますので、納付期限までにお振込みください。
- ※4 給付金は下記にお届けの口座に振込みます。
- ※5 資格確認書は、マイナンバーカードの未所持又は電子証明書の有効期限切れの方、マイナ保険証の未連携又は利用解除した方に発行します。
- ※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。**

決裁	常務理事	事務長	担当	担当

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 連絡先・メールアドレス・緊急連絡先										
記号	番号	※1 印			男・女	昭和・平成	年	月	日	連絡先〔携帯・自宅〕 () - ※6 ロアドレス 緊急連絡先 () - 連絡先氏名									
										個人番号									
住所		(〒 -)																	

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 年 月 日	令和 年 月 日	所属部署	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				マイナ保険証 連携済 <input checked="" type="checkbox"/>	資格確認書 発行希望 <input checked="" type="checkbox"/>
金融機関名	本・支店名	口座番号	請求者名義(カタカナ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※5
※4 銀行 金庫 ()	本店 支店 ()	(普)			

引き続き被扶養者として届けるご家族を記入してください。 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)	フリガナ 被扶養者氏名		性別	生年月日			続柄	同居 別居	職業 別居の場合 仕送り金額	収入の種類 年間収入(見込)額		マイナ保険証 連携済 <input type="checkbox"/>	資格確認書 発行希望 <input type="checkbox"/>
	※5	男・女	昭 平 令	年	月	日	同居 別居	同居 別居	(月額) 円	年間	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									個人番号				
									(月額) 円	年間	円		
※5	男・女	昭 平 令	年	月	日	同居 別居	同居 別居	(月額) 円	年間	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								個人番号					
								(月額) 円	年間	円			
※5	男・女	昭 平 令	年	月	日	同居 別居	同居 別居	(月額) 円	年間	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								個人番号					
								(月額) 円	年間	円			

健保記入欄

受付印

誓約事項 下記事項が発生した場合、資格喪失を認め健康保険証を返却することを誓います。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

- 1.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
- 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