

健保 使用欄	常務理事	事務長			担当者	記 号	番 号	資格喪失時の 標準報酬月額	標準報酬月額
						200		千円	千円

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

( ※ 住所欄は退職後の住所を記入してください。 ) 申請日 令和 年 月 日

1. 申請者

会社を辞める際の健康保険 被保険者等の記号・番号	記号	フリガナ					年齢
		氏 名					
	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		
		電話番号	( )				
※ 住 民 票 住 所	〒 —						
※ 居 所 住 所	〒 —						
<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ							
<input type="checkbox"/> 住民票住所と異なる ➡ 居所を記載							
最後に被保険者として 使用されていた事業所	名 称	ALSOK株式会社	所在地	東京都港区元赤坂1-6-6	所 属		
資格喪失前の被保険者 であった期間	自	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (入社年月日)	勤 続 期 間	年 月			
	至	令和 年 月 日 (退 職 日)					
資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職日の翌日)						

2. 保険料の納付方法(どれかひとつを選び、番号に✓を付けてください。)

<input type="checkbox"/> 1	毎 月 納 付	<input type="checkbox"/> 2	通 年 前 納 (年1回)	<input type="checkbox"/> 3	半期前納	前期(4~9月) 後期(10~3月)	(年2回)
----------------------------	---------	----------------------------	---------------	----------------------------	------	-----------------------	-------

注：どれを選択されても、初回1か月分の保険料は先に納付して頂きます。  
資格取得の時期によっては、前納できない場合があります。  
納付には振込手数料がかかります。

3. 被扶養者(異動)届

氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	収入	住民票住所
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ — <input type="checkbox"/> 別居の場合記入
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ — <input type="checkbox"/> 別居の場合記入
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ — <input type="checkbox"/> 別居の場合記入
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ — <input type="checkbox"/> 別居の場合記入

4. 健康保険組合から支給する給付金等の受領口座

(※注意) 保険料の引落口座ではありません。

銀 行 名	支 店 名	口 座 番 号	口 座 名 義 人
カナ	カナ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 ✓を付けてください	カナ

[注意事項]

- ・この申請ができる方は、退職の日まで2か月以上の被保険者期間が必要です。
- ・この申請書は、退職日の翌日から20日以内に提出して下さい。
- ・任意継続被保険者は、引き続き2年間継続加入できます。
- ・保険料は全額自己負担となります。
- ・資格喪失事由は、以下5項目に限られています。  
①2年を経過した時 ②死亡した時 ③保険料を納めなかった時 ④就職した時 ⑤申出による

[資格確認書の発行について]

・当組合にて在職時のマイナ保険証登録状況を確認し、「利用登録なし」の方に発行します。

受 付 印