

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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	ケンボ トシロウ		年齢	資格確認書 発行要否
	300	氏名	健保 俊郎		〇〇 歳	<input type="checkbox"/>
番号	123456	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 40 年 4 月 17 日		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	必要
		電話番号	090 ( 〇〇〇〇 )		〇〇〇〇	
※ 住民票住所	〒 173 - 〇〇〇〇 東京都板橋区板橋〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室					
※ 居所住所 <input checked="" 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	総合警備保障株式会社	所在地	東京都港区元赤坂1-6-6	所属	〇〇支社
資格喪失前の被保険者 であった期間	自	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇 年 4 月 1 日 (入社年月日)	勤続期間	〇〇 年 〇〇 月	
	至	令和	6 年 3 月 31 日 (退職日)			
資格喪失年月日	令和		6 年 4 月 1 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 checked="" 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	資格確認書 発行要否
健保 和子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 44 年 9 月 2 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別居の場合記入	<input type="checkbox"/> 必要
	<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"/> 必要
	<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"/> 必要
	<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"/> 必要

### 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 〇〇	カナ 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	✓を付けてください		カナ ケンボ トシロウ				
〇〇	〇〇	0	1	2	3	1	2	3	健保 俊郎

#### [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

・資格確認書の発行要否欄は、下記に該当する場合に限り✓してください。

①マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

②マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録をしていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者

③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

受付印