

健康保険任意継続
被保険者資格取得申請書
兼 被扶養者（異動）届

※健保記入欄	健康保険の記号 - 番号		資格喪失時標準報酬月額	任意継続被保険者標準報酬月額
	2000 -		千円	千円
	資格取得日	年 月 日	初回保険料 月分 (年 月 日 納付期限)	
	資格喪失日	年 月 日	納付書 (月払・前納) 年 月 ~ 年 月	

常務理事	事務長	課長	係

申請者記入欄	在職中の健康保険の記号・番号			氏 名				生 年 月 日			資格喪失日 (退職日の翌日)				
	記号		番号	フリガナ				昭和 平成 年 月 日 令和			令和 年 月 日				
	現 住 所							資格確認書の発行			退職時の勤務先				
	〒 - 自宅 () 携帯 ()							<input type="checkbox"/> 発行が必要 <small>(マ付保険証をお持ちの方はチェック不要です)</small>			会社名				
	被保険者のマイナンバー記載欄 (健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です)										所在地				
	保険料の納付方法 (いずれかに○を記入)							1. 毎月納付 2. 前納 (半期) 3. 前納 (通年)							
	※ 前納は、申請書の提出時期により適用できない場合がありますので、ご希望の場合は早急に申請ください。														
	※ 前納は、資格取得月の翌月分から適用となります。資格取得月は1ヶ月分の保険料を納付してください。〔資格取得月の保険料〕と〔翌月分からの前納期間分保険料〕になります)														
	被扶養者 (異動) 届	氏 名		続柄	性別	生 年 月 日			年収額 (年金額含む)	資格確認書 の発行	世帯	被保険者と別居の方は住所を記入 マイナンバー記載欄			
		フリガナ			男・女	昭和 平成 年 月 日 令和			円	<input type="checkbox"/> 発行が必要	同居 別居	〒 -			
フリガナ			男・女	昭和 平成 年 月 日 令和			円	<input type="checkbox"/> 発行が必要	同居 別居	〒 -					
フリガナ			男・女	昭和 平成 年 月 日 令和			円	<input type="checkbox"/> 発行が必要	同居 別居	〒 -					

署名欄

- ・保険料は、指定された期日までに納付いたします。万一、期日までに納付しなかった場合は、資格喪失（または資格取消）となることに異議を唱えません。
- ・資格喪失日（または資格取消日）以降に医療機関等を受診した場合は、医療費を全額返納することを約束いたします。
- ・資格確認書や各種証（高齢受給者証や限度額認定証など）が交付されている場合は、速やかに返却いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名 (自署)

受付年月日

※ 申請書は、退職日の翌日から必ず20日以内に提出してください。
 ※ 資格確認書の発行欄は、マイナ保険証をお持ちでない方のみ☑をお入れください。