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	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

日　納付期限）
～　年　月

常務理事	事務長	課長	係

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

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	記号	番号	番号	フリガナ 被保険者の氏名をご記入ください	昭和 平成 令和　〇〇年〇〇月〇〇日	令和　〇〇年〇〇月〇〇日

現　住　所	資格確認書の発行	退職時の勤務先	
〒　－ 被保険者の住所と連絡先をご記入ください ☎自宅　（　）　☎携帯　（　）	□ 発行が必要 （マイナ保険証をお持ちの方はチェック不要です）	会社名	勤務先の名称をご記入ください
		所在地	勤務先の所在地をご記入ください

マイナ保険証をお持ちでない方のみ☑をお入れください

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）

〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

保険料の納付方法（いずれかに〇を記入）　1．毎月納付　2．前納（半期）　3．

※ 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　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　納期間分保険料」になります）

いずれかに〇

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	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 被扶養者の氏名をご記入ください	（例）妻	男・女	昭和 平成 令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日	年収額をご記入ください　円	□ 発行が必要	同居 別居　〒　－ 別居の方は別居先住所をご記入ください 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
フリガナ		男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	円	□ 発行が必要	同居 別居　〒　－
フリガナ		男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	円	□ 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。

大阪港湾健康保険組合