

# 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 欄	任意継続被保険者証 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
	千円		
	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	係長	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	在職中の保険証の記号・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 <b>被保険者の氏名をご記入ください</b>				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	
	住民票上の住所								退職時の勤務先								
	被保険者の住民票に記載の住所と連絡先をご記入ください ☎自宅 ( ) ☎携帯 ( )								会社名		<b>勤務先の名称をご記入ください</b>						
	被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）								所在地		<b>勤務先の所在地をご記入ください</b>						
	〇 〇 〇 〇 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○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。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。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「翌月からの前納期間分保険料」になります）								<b>いずれかに○</b>								
	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）	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 <b>被扶養者の氏名をご記入ください</b>			(例)妻	男・女	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			円	同居 別居	〒 - <b>別居の方は別居先住所をご記入ください</b>					
フリガナ				男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			円	同居 別居	〒 -							
フリガナ				男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			円	同居 別居	〒 -							

署名欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>交付されている被保険者証等（高齢受給者証や限度額適用認定なども含む）については、速やかに返却いたします。</li> <li>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。</li> </ul>
	<p>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <b>被保険者氏名（自署）</b> <b>被保険者の氏名をご記入ください</b></p>

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。  
 ※ 住所欄には、住民票またはマイナンバーカードに記載されている住所（〇〇丁目・〇〇番地、アパート・マンション名、号棟・号室等）を正確に記入してください。