

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

※健康保 記入欄	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
	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	係長	係

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		番号		フリガナ				昭和 平成 令和				令和 年 月 日				
	現 住 所								退 職 時 の 勤 務 先								
	〒 -								会社名								
	☎自宅 ( ) ☎携帯 ( )								所在地								
	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）																
	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）		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 令和				円	同居 別居	〒 -					
フリガナ					男・女	昭和 平成 令和				円	同居 別居	〒 -					
フリガナ					男・女	昭和 平成 令和				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>
	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。