

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	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
			日 納付期限) 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 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								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 ()								会社名				勤務先の名称をご記入ください						
	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				勤務先の所在地をご記入ください						
	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。								※ 前納は、資格取得月の翌月分から適用となり										
	いずれかに○								ご希望の場合は早急に申請ください。 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 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			同居 別居	〒 - 別居の方は別居先住所をご記入ください						
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

・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。

・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証なども含む）については、速やかに返却いたします。

・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。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者氏名（自署） 被保険者の氏名をご記入ください

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。