

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書(兼 被扶養者届)

常務理事	事務長	担当	

【注意事項】

- ① **太枠内**の項目を**もれなく**記入してください。被保険者が自ら署名する場合、被保険者氏名欄の押印は必要ありません。
- ② 申請書の受付期間は、退職日翌日から20日以内(当健保必着)となります。
- ③ 受付期間内に、申請書に必要な書類(当健保HP参照)を添えて郵送にて提出してください。
・申請書受理後、保険料の「納付書」を送付いたしますので、納付期限までにお振込みください。
- ④ 給付金は下記にお届けの口座に振込みます。

健康保険(在職時)の記号-番号	被保険者氏名	性別	生年月日			退職後の住所・連絡先	
-	(フリガナ)	男 女	昭和 平成	年	月	日	住所: 〒 - 電話番号:(自宅) (携帯) メールアドレス:
退職日の翌日(資格喪失日)	勤めていた会社名(出向者だった方は出向元の会社名)						
令和 年 月 日							

給付金振込み口座情報 (保険料引き落とし口座ではありません)

金融機関名	本・支店名	口座番号	口座名義(カタカナ)
銀行 金庫 ()	本店 支店 ()	(普)	

保険料納付方法	資格確認書発行要否
いづれかに○をしてください 毎月納付 ・ 半期(4月～9月/10月～翌3月分)前納 ・ 全期(4月～翌3月分)前納	<input type="checkbox"/> 要 ※マイナ保険証が利用できない場合に限る

引き続き被扶養者として届けるご家族を記入してください。 高校生以上の被扶養者の届け出しには収入証明書等を必ず添付してください。 (詳細は当健保HPでご確認ください)	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日			続柄	同居 別居	職業 別居の場合 仕送り金額	収入の種類 年間収入(見込)額
		男 女	昭 平 令	年	月	日		同居 別居 (月額) 円	年間 円
		男 女	昭 平 令	年	月	日		同居 別居 (月額) 円	年間 円
		男 女	昭 平 令	年	月	日		同居 別居 (月額) 円	年間 円
		男 女	昭 平 令	年	月	日		同居 別居 (月額) 円	年間 円

健保受付印

【健保記入欄】	任継記号-番号 999 -	標準報酬月額 (資格喪失時)	千円 / (任継取得時)	千円
---------	---------------	----------------	--------------	----