

健 保 記 入 欄	資格確認		任意継続		決定伺		
	取得年月日	年 月 日	番号		常務理事	事務長	担当者
	喪失年月日	年 月 日	標準報酬月額	千円			
	任意継続喪失予定年月日		保険料	円			

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

令和 年 月 日 下記のとおり申請します。

申請者氏名 及び印	健保 太郎 印	生年 月 日	昭和 平成 32年10月15日	性別	男 女	被扶養者 の有無	有 無
現住所	〒651-2271 兵庫県神戸市西区高塚台7丁目3-3		TEL	(078) 996-3700			
保険料 払込方法	<input checked="" type="checkbox"/> 年納付 <input type="checkbox"/> 半年納付 <input type="checkbox"/> 毎月納付	給付金振込先口座 (申請者名義) 給付金が発生した時に健康保険組 合から振込する口座 ※保険料の引落用ではありません		銀行名	みなと	コード	0 5 6 2
右欄に <input checked="" type="checkbox"/> を記入	※労金の健保組合口座へ振込み (引落は対応していません)		支店名		神戸北町	コード	0 6 5
資格喪失前に ついて	健康保険証の記号番号	88-1111	事業所名称	〇〇〇〇〇(株)			
	退職時標準報酬月額	300千円	喪失年月日(退職日翌日)	令和 1 年 12 月 1 日			

被扶養者が「有」の場合記入（申請者本人について記入）

- 既婚 **提出書類** 配偶者があなたの扶養家族でない方は、配偶者の「源泉徴収票の写し」等、年収の分かる書類  
⇒ 夫婦のうち年間収入の多いほうの被扶養者とするのが原則のため、配偶者の収入確認が必要です
- 未婚
- ひとり親 子を被扶養者として申請する場合は、その子にかかる養育費の受取額 [ 月額 万円 ]

引き続き被扶養者として加入するご家族を、ご記入ください

氏名	性別	生年月日	続柄	職業	収入	同・別居
カガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	男 ◆ 女	昭和 平成・令和 34年12月12日	妻	パート	80万円	同居 ◆ 別居
住民票住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 都道府県 市区町村		当該届出書の 提出年1月1 日の住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 都道府県 市区町村		
氏名	性別	生年月日	続柄	職業	収入	同・別居
カガナ	男 ◆ 女	昭和・平成・令和 年 月 日				同居 ◆ 別居
住民票住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 都道府県 市区町村		当該届出書の 提出年1月1 日の住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 都道府県 市区町村		
氏名	性別	生年月日	続柄	職業	収入	同・別居
カガナ	男 ◆ 女	昭和・平成・令和 年 月 日				同居 ◆ 別居
住民票住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 都道府県 市区町村		当該届出書の 提出年1月1 日の住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 都道府県 市区町村		

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

— 受付日付印 —

備考
----

- 注) 会社を退職されてから20日以内に健康保険組合に提出してください。  
遅れて申請される場合は備考欄に理由を記入してください。
- ◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。  
被保者本人以外の方の押印は省略することができません。