

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	報酬月額	千円			
	任意継続喪失予定年月日		保険料	円			
	年 月 日						

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	健保 太郎		生 年 月 日	昭和 平成 35 年 1 月 1 日	被扶養者の有無	有 ・ 無
住民票住所	〒651-2271 兵庫県神戸市西区高塚台 7 丁目 3-3 (※住民票表記通り記載)				TEL	(080) 8888-2222
現 住 所	住民票住所と同じ	〒 ー			資格確認書発行要否	☐ 必要 ※理由 ()
保 険 料 払込方法 右欄に☑を記入	☒ 年納付 ☐ 半年納付 ☐ 毎月納付 ※労金の健保組合口座へ振込み (引落は対応していません)		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
					支店名	神戸駅前 コード 1 6 3
					普 当	口座番号 1234567
資格喪失前について	被保険者記号番号	88-8888	事業所名称		ナブテスコ (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 7 年 4 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して申請することが原則のため、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		生 年 月 日		続 柄	職 業	収入 (パート・年金等)	同・別居
ワガナ ケンボ ハナコ		昭和 平成・令和 35 年 12 月 12 日		妻	パート	80 万円	同居 別居
住民票住所	被保険者と同じ	〒		この届出する年の1月1日時点の住民票住所			
現住所	被保険者と同じ	〒		住民票住所と同じ	現住所と同じ	都道府県	市区町村
資格確認書	☒ 必要 理由 (1) ※下部理由欄より必ず選択						
氏 名		生 年 月 日		続 柄	職 業	収入 (パート・年金等)	同・別居
ワガナ		昭和・平成・令和 年 月 日					同居 別居
住民票住所	被保険者と同じ	〒		この届出する年の1月1日時点の住民票住所			
現住所	被保険者と同じ	〒		住民票住所と同じ	現住所と同じ	都道府県	市区町村
資格確認書	☐ 必要 理由 () ※下部理由欄より必ず選択						

※資格確認書の発行は以下に該当する場合に限ります。いずれかの理由番号を届出に記載してください。

- マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

※ 被保険者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。)

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。

◎ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

— 受付日付印 —