

[記入例]

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健保記入欄			
任意継続 記号番号	1999	資格喪失の際の標準報酬月額	千円
		標準報酬月額	健康保険組合理事長が公示した標準報酬月額 380 千円
		決定標準報酬月額	千円
任意継続加入期間	(取得日) 令和	~ (喪失日) 令和	介護保険 有・無

申請者記入欄		= 記入箇所				
健康保険被保険者証 記号 - 番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇			
マイナンバー記入欄(記号番号)	不明の場合は無記入で可	氏名	〇〇 〇〇 男・女			
		生年月日	昭和・平成 99 年 9月 9日生 (年齢 60 歳)			
資格喪失年月日	令和 99年 9月 9日 (退職日の翌日)					
資格喪失時の 所属事業所	名称	〇〇〇〇 株式会社	所属部門	〇〇 支店		
	所在地	東京都〇〇区〇〇〇丁目〇〇-〇〇				
資格喪失前の 被保険者期間	昭和 平成 令和 99年 9月 9日 ~ 令和 99年 9月 9日	不明の場合は無記入で可 (7ヶ月以上被保険者であった人)				
被扶養者 氏名	生年月日	性別	続柄	同居・別居	住民票住所	被保険者と違う場合のみ記入
〇〇 〇〇〇	昭 平 令 99年 9月 9日	女	妻	同居		
〇〇 〇〇	昭 平 令 99年 9月 9日	男	長男	別居	大阪府大阪市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇	
〇〇 〇〇	昭 平 令 99年 9月 9日	女	長女	同居		住民票に関わらず被保険者と一緒に暮らしているかどうか
〇〇 〇〇〇	昭 平 令 99年 9月 9日	女	義母	同居		
付加金等の給付金が発生した場合の振込先金融機関	〇〇〇〇	銀行・信金・信組 (該当に〇印)	〇〇	支店		
	銀行No. 〇〇〇	店No. 〇〇〇〇	普通口座No. 〇〇〇〇〇〇			
保険料納付方法 (印)	①毎月払	銀行自動振替 (毎月1日) (毎月10日目の保険料より振替開始)				
	②前納 (半年払)	4月~9月 10月~3月の加入者:加入月~3月迄	■初回保険料は、加入した月により支払月数が変わりますので、必ずしも6ヶ月又は12ヶ月分とは限りません			
	③前納 (1年払)	加入月~3月まで	■納付期限が翌月にまたがる場合、初回前納保険料の納付期限は、加入月の月末迄となっております ■前納払(半年・1年)には自動引落しはありません			

※自営業者で、法人化されている方は、任意継続加入できません。下記の質問に回答してください。

①自営業(個人事業主)を始めますか はい **いいえ** ②法人化されますか はい **いいえ** (〇をしてください)

上記の通り申請致します。

令和 99年 9月 9日

住民票住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

東京 都道府県 〇〇区〇〇〇丁目〇〇-〇〇

居所住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

東京 都道府県 〇〇区〇〇〇丁目〇〇-〇〇

住民票住所と同じ場合は、
同上とご記入下さい

e-mail (退職後ご使用可能な連絡先)
〇〇〇〇@docomo.ne.jp

氏名 〇〇 〇〇

自宅番号 〇3-0000-0000

携帯番号 090-0000-0000

※健保から直接連絡することがありますので、できるだけ全ての連絡先をご記入ください。