［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	標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額	千円
			健康保険組合理事長が公示した標準報酬月額 **410**	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 記号 － 番号	○○○○－○○○○（不明の場合は無記入で可）	ふりがな	○○○○ ○○○○
マイナンバー記入欄（記号番号）		氏名	○○ ○○　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 ○○○○ 株式会社	所属部門	○○ 支店
	所在地 東京都○○区○○○丁目○○-○○		
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（2ケ月以上被保険者であった人）（不明の場合は無記入可）		

被扶養者 氏名	生年月日	性別	続柄	同居・別居	住民票住所 被保険者と住所が違う場合のみご記入下さい。
○○ ○○○	昭 平 令 99年 9月 9日	女	妻	同居	
○○ ○○	昭 平 令 99年 9月 9日	男	長男	別居	○○府大阪市○○区○○町○○－○○
○○ ○○	昭 平 令 99年 9月 9日	女	長女	同居	
○○ ○○○	昭 平 令 99年 9月 9日	女	義母	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）

付加金等の給付金が発生した場合の振込先金融機関	○○○○	銀行・信金・信組（該当に○印）	○○ 支店
	銀行No. ○○○	店No. ○○○○	普通 口座No. ○○○○○○○

（銀行NO不明の場合は無記入可）

保険料納付方法（○印）（ご希望の支払方法に○をつけて下さい）

①毎月払	銀行自動振	ヵ月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ケ月又は12ケ月分とは限りません ■ 納付期限が翌月にまたがる場合の、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**
③前納（1年払）	加入月～3月まで	

※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　（○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 〒 000-0000

都道府県 東京　○○区○○○丁目○○-○○

居所住所 〒 000-0000

都道府県 東京　○○区○○○丁目○○-○○（住民票住所と同じ場合は、同上とご記入下さい。）

氏名 ○○ ○○

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

自宅番号 03-0000-0000　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。