

受付印

常務理事	事務長	係	係

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

1	被保険者証 記号・番号(退職時)	記号 番号	申出日: 平成 年 月 日
2	申出者の氏名・印	(印) 挿印	
3	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日 (男性・女性)	
4	住所 (任意継続加入時の住所)	〒	
5	電話番号		
6	資格喪失日(退職日の翌日)	平成 年 月 日	資格喪失日の年齢: 歳
7	資格喪失の際の事業所名		
8	保険料の納付方法	*いずれか一つに○をつけてください 毎月・半期前納(6ヶ月)・一括前納(12ヶ月)	
9	保険給付等の振込銀行	銀行名:	支店名:
		口座番号:	口座名義かカナ:
10	連絡用メールアドレス(任意)	@	

【健康保険 被扶養者届 資格取得時】

- 任意継続被保険者の資格取得以前より被扶養者となっている方は、下記に記入ください。
- 資格取得日の翌日以降に、被扶養者となる方は、別途「被扶養者(異動)届」を提出ください。

11	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
被扶養者欄	昭和 年 月 日	男・女				万円	同居・別居
	昭和 年 月 日	男・女			万円	同居・別居	
	昭和 年 月 日	男・女			万円	同居・別居	
	昭和 年 月 日	男・女			万円	同居・別居	

* 被扶養者でない配偶者を有するときは、配偶者の年間収入を記入してください。 万円

【任意継続被保険者になる為には、以下の条件が必要となります】

- 退職日までに継続して2ヶ月以上の被保険者期間があること。
- 資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に、健保組合必着で資格取得申出書を提出のこと。

= 健康保険組合記入欄 =

任意継続 被保険者証 記号・番号	記号 9 番号			
標準報酬月額	退職時	千円	資格取得日	平成 年 月 日
	任意継続	千円	喪失予定期	平成 年 月 日