

常務理事	事務長	係	台帳照合

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

資格喪失時	記号		個人番号	事業所の名称					
	番号								
資格喪失年月日(退職日の翌日)			令和 年 月 日						
申請者	フリガナ			性別	生 年 月 日				
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	住所	〒	—	資格 確認 書発 行の 要否 <input type="checkbox"/>	電話	※必ず記入してください			
						自宅	( )		
		携帯	( )						
		E-mail	@						
納保 入 方 料 法 の	希望する納付方法に☑をご記入ください。								
	<input type="checkbox"/> 毎月納付	<input type="checkbox"/> 6か月前納			<input type="checkbox"/> 1年前納				
有被 扶 養 無 者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	現在、扶養認定されている(保険証が交付されている)方で、任意継続でも被扶養者として申請する方のみ「有」を選択し、下欄に対象者をご記入ください。被扶養者「有」の場合、別途 <b>健康保険被扶養者(異動)届の提出が必要</b> となります。添付書類として、被扶養者との生計維持関係を立証する書類として「 <b>健康保険被扶養者現況書</b> 」を添付して提出してください。							
被 扶 養 者 欄	氏名	生 年 月 日		性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別	
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	マイナンバー	
								□同居□別居	
								□同居□別居	
								□同居□別居	

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

### 【健康保険組合使用欄】

健保受付印

記号	20	資格喪失時 標準報酬月額	千円
番号		取得時決定 標準報酬月額	千円
資格取得 年月日	令和 年 月 日	送付年月日	令和 年 月 日

(注) この申出書は、退職日の翌日から**20日以内**に健保組合まで提出ください。  
提出に際しては、別紙記入の手引き及び任意継続被保険者制度の説明書をお読みください。