

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"/>	発行が必要	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	被扶養者がいる方は別途、健康保険被扶養者異動届の提出が必要です。 添付書類は不要です。							
	<input type="checkbox"/> 無								
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
								マイナンバー	
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
フリガナ			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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。