

**記入見本**

カネカ退職後、カネカ健康保険組合で引き続き健康保険に加入される場合に、資格喪失の日から20日以内に、「預金口座振替依頼書」と共に提出してください。  
ご記入内容に基づき、保険料納付書・保険証をご自宅にお送りします。

**健康保険任意継続被保険者資格取得申請書**

(資格喪失日から20日以内に、預金口座振替依頼書と共に提出してください。)

令和 5 年 4 月 1 日

下記のとおり申請します。

資格喪失時の健康保険証の記号・番号	記号	1000	資格喪失時に使用されていた事業所	名称	株式会社カネカ		
	番号	999999	所在地	大阪市北区中之島2-3-18			
被保険者氏名	(フリガナ)	ケネカ 知		生 年	昭和	性 別	男
		健保 太郎		月 日	# 年 1 月 21 日		女
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和 5 年 4 月 1 日			資格喪失時の標準報酬月額	200 千円		
住 所	〒 XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町9-8-7			退職後、住所を変更される場合は、変更後の住所(転居日)もご記入ください。			
電 話 番 号	XXXX ( XXXX ) XXXX						
被 保 険 者 が 記 入 する ところ	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用し(利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入注)口座情報の反映には登録から数日を要します。受取代理人を指定する場				高額療養費・付加給付等の健保給付金発生の際、振込を希望される銀行をご記入ください。		
	給付金振込先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(フリガナ)	
	××銀行	△△支店	普通 当座	XXXXXXXX	ケネカ 知		
保 険 料 の 納 付 方 法	いずれかの数字を○で囲んでください。 1. 毎月納付 2. 半期前納(4月~9月、10月~翌年3月の半期を単位として納付) 3. 全期前納(4月~翌年3月を単位として納付)						
健康保険法第37条の規定による期限(資格喪失の日から20日以内)を経過した後に申請書を提出する場合に、遅滞した理由を記入してください。				正当な理由(天災地変・交通のストライキ・通信関係のストライキ等)があると認められる場合のみ、申請書は受け付けられます。			
退職時の被扶養者で引き続き被扶養者とされる方についてご記入ください							
健康保険被扶養者(異動)届							
氏名	生年月日	性別	続柄	同居・別居の別	職業	年間収入	
(フリガナ) ケネカ ルカ	昭和	男	妻	同居	有	600,000円	
健保 花子	平成 58 年 7 月 10 日	女		別居	無	円	
(フリガナ)	昭和	男		同居	有	円	
(フリガナ)	平成					円	
(フリガナ)	昭和					円	
退職時に被扶養者となっている方を引き続き被扶養者とする場合は必ずご記入ください。							
前納の場合は、若干の割引があります。 納付保険料は、取得時、半期前納選択の方へは3月・9月口座振替時、全期前納選択の方へは3月口座振替時にご連絡します。							
(フリガナ)	平成					円	
	令和	女		別居	無	円	