

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 年 月 日

下記の通り申請します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	資格喪失時の健康保険の記号 番号		資格喪失時の事業所 所在地				
	被保険者氏名 フリガナ 漢字		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要 ※マイナ保険証による受診が可能な方には交付されません。 ※発行が必要な場合は、必ず資格確認書交付理由書を添付してください。			
	住民票住所	〒			電話番号		
	☐ 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ます。(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合は、公金受取口座を利用できません。						
	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 (カタカナ)	
				普通・当座			
	保険料 納付方法	希望する納期方法に☐をつけてください <input type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。						

健康保険被扶養者 (異動) 届

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。

※資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書交付理由書を発行が必要な方ごとに全員分添付してください。

被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	世帯区分	職業	年間収入	資格確認書※
フリガナ	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	<input type="checkbox"/> 要
漢字							
フリガナ	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	<input type="checkbox"/> 要
漢字							
フリガナ	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	<input type="checkbox"/> 要
漢字							
フリガナ	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	<input type="checkbox"/> 要
漢字							

健 康 保 険 組 合 記 入 欄	記号 番号	標準報酬 月額	千円	1か月分 保険料	円	一般保険料	円
	資格取得年月日		令和 年 月 日	資格喪失予定年月日	令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	確認書交付日		令和 年 月 日	確認書回収日	令和 年 月 日	令和 年 月～令和 年 月	
	納付保険料		連絡日	令和 年 月 日	納付書	令和 年 月～令和 年 月	
	納付期限		令和 年 月 日	口座振替開始日	令和 年 月 日		
	納付日	月分	月分	月分	突合チェック		