

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	担当

退職後20日以内に健保組合に提出してください

新記号・番号

98-

被 保 険 者	退職前の記号と番号		今まで勤務していた事業所名称	資格喪失年月日（退職日の翌日）		
	記号	番号		令和	年 月 日	
	被 保 険 者 氏 名	フリガナ		生年月日		
				昭和・平成	年 月 日	
	住 所 (任 継 加 入 時)	〒 -			年齢	
					歳	
	電 話 番 号	① 自宅		② 携帯電話		
	納 付 方 法 (初 回 振 込 分 の 選 択)	<input type="checkbox"/> 月納（単月分） <input type="checkbox"/> 前納分割（半期分） <input type="checkbox"/> 前納一括（年間分）				
	資 格 確 認 書	<input type="checkbox"/> 発行不要 <input type="checkbox"/> 発行希望（マイナ保険証が利用できない者に限る ※1）				
	緊 急 連 絡 先	フリガナ	続柄	電話番号		
	氏名					
<b>誓約書</b>						
以下の事項を遵守することを誓約いたします。						
(1) 納付期限までに保険料を納付しなかった場合には、資格が取り消され、その間にかかった医療費を返還することに同意します。						
(2) 資格喪失した場合、有効期限内の資格確認書は、ただちに健康保険組合に返却します。						
(3) 万一、資格喪失日以降に受診した医療費を健康保険組合から請求された場合には、速やかに支払います。						
(4) 毎年、健康診断を受診し、必要な場合は積極的に保健指導を受けます。						
令和 年 月 日 被保険者名						

## 被扶養者申請（退職前から扶養していた家族を引き続き扶養する場合にはご記入ください）

被 扶 養 者 ①	申請対象者 氏名	フリガナ	生年月日		続柄	年齢
			昭和・平成・令和			歳
			年 月 日			
	住 所 (任 継 加 入 時)	<input type="checkbox"/> 同上 ※2 〒 -		電話番号		
収 入 の 状 況	<input type="checkbox"/> 無職・無収入 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> パート/アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他（ ）			年収 今後の見込	円	
資 格 確 認 書	<input type="checkbox"/> 発行不要 <input type="checkbox"/> 発行希望（マイナ保険証が利用できない者に限る ※1）					

被 扶 養 者 ②	申請対象者 氏名	フリガナ	生年月日		続柄	年齢
			昭和・平成・令和			歳
			年 月 日			
	住 所 (任 継 加 入 時)	<input type="checkbox"/> 同上 ※2 〒 -		電話番号		
収 入 の 状 況	<input type="checkbox"/> 無職・無収入 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> パート/アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他（ ）			年収 今後の見込	円	
資 格 確 認 書	<input type="checkbox"/> 発行不要 <input type="checkbox"/> 発行希望（マイナ保険証が利用できない者に限る ※1）					

※1 マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方についても資格確認書は発行可能です。

※2 被保険者の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。同居の場合、住所の記入は不要です。

〔 健 保 記 入 欄 〕	喪失届	回収	払込	資格取得年月日		備考		
				令和 年 月 日				
	被扶養者	有（名）・無		振込期限日	金額	退職時 標準報酬月額	決定標準報酬	健保受付
	採番							
交付								