

健 保 記 入 欄	資格確認			任意継続		決 定 伺		
	取得年月日	年 月 日	番号					
	喪失年月日	年 月 日	標準報酬月額	千円				
	任意継続喪失予定年月日			保険料	円			
年 月 日								
常務理事		事務長		担当者				

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

令和 年 月 日 下記のとおり申請します。

申請者氏名 及び印	印	生年 月 日	昭和・平成 年 月 日	性別	男 ◆ 女	被扶養者 の有無	有 ◆ 無
現住所	〒 ー			TEL	( )		
保 険 料 払込方法 右欄に☑を記入	<input type="checkbox"/> 年納付 <input type="checkbox"/> 半年納付 <input type="checkbox"/> 毎月納付 ※労金の健保組合口座へ振込み (引落は対応していません)		<b>給付金振込先口座</b> (申請者名義) 給付金が発生した時に健康保険組 合から振込する口座 ※保険料の引落用ではありません		銀行名	コード	
					支店名	コード	
					普・当 口座番号		
資格喪失前 について	健康保険証の記号番号	ー	事業所名称				
	退職時標準報酬月額	千円	喪失年月日(退職日翌日)	令和 年 月 日			

### 被扶養者が「有」の場合記入（申請者本人について記入）

- 既婚 **提出書類** 配偶者があなたの扶養家族でない方は、配偶者の「源泉徴収票の写し」等、年収の分かる書類  
 ⇒ 夫婦のうち年間収入の多いほうの被扶養者とするのが原則のため、配偶者の収入確認が必要です
- 未婚
- ひとり親 子を被扶養者として申請する場合は、その子にかかる養育費の受取額 [ 月額 \_\_\_\_\_ 万円 ]

### 引き続き被扶養者として加入するご家族を、ご記入ください

氏 名	性別	生 年 月 日	続 柄	職 業	収 入	同・別居
ワカナ	男 ◆ 女	昭和・平成・令和 年 月 日				同居 ◆ 別居
住民票住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 ー 都道 市区 府県 町村		当該届出書の 提出年 1 月 1 日の住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 ー 都道 市区 府県 町村		
ワカナ	男 ◆ 女	昭和・平成・令和 年 月 日				同居 ◆ 別居
住民票住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 ー 都道 市区 府県 町村		当該届出書の 提出年 1 月 1 日の住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 ー 都道 市区 府県 町村		
ワカナ	男 ◆ 女	昭和・平成・令和 年 月 日				同居 ◆ 別居
住民票住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 ー 都道 市区 府県 町村		当該届出書の 提出年 1 月 1 日の住所 ○を記入	・ 上記現住所と同じ ・ 上記現住所とちがっている〒 ー 都道 市区 府県 町村		

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

— 受付日付印 —

備考	
----	--

注) 会社を退職されてから 20 日以内に健康保険組合に提出してください。

遅れて申請される場合は備考欄に理由を記入してください。

- ◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。  
 被保者本人以外の方の押印は省略することができません。