

(被保険者)住所	〒	—					被保険者証 記号	常務理事				事務長	業務課長	係
氏名								9	0	0	健保事務担当者確認欄 <input type="checkbox"/>			
連絡先	(携帯)	—	—				令和 年 月 日 提出							
在職中の保険証 記号-番号														
任意継続被保険者 記号-番号	9	0	0	—										

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

被 保 険 者 欄	①勤務していた 事業所	(名称) (所在地)	②被保険者の 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 (歳)	性別 1. 男 2. 女	
	③資格喪失日	令和 年 月 日 (退職日の翌日)		資格取得日	令和 年 月 日	
	④退職時の 標準報酬月額	千円	※標準報酬月額は 勤務していた事業所 に確認して下さい。	任継標準報酬月額	千円	
	⑤給付金振込先	銀行	口座番号	普通・当座	喪失予定年月日	令和 年 月 日
		支店			介護保険 取得(喪失)年月日	令和 年 月 日
	⑥保険料の納付期間 ※当年度9月以降取 得の方は1又は3を記 入して下さい。	1. 毎月納付する 2. 9月まで前納する 3. 3月まで前納する				⑦再就職の予定 1. 有 2. 無
	<input type="checkbox"/> ← 保険料の納付方法について、希望する番号をご記入下さい。					

被 扶 養 者 欄	⑧被扶養者 同居別居	(フリガナ) 氏名	⑨生年月日 年齢	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日	⑩性別 1. 男 2. 女	
	1. 同居 2. 別居					
	⑪続柄	⑫職業	⑬年間収入 (年金等含む)	1. 有 2. 無	円	
	被扶養者 同居別居	(フリガナ) 氏名	生年月日 年齢	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日	性別 1. 男 2. 女	
	1. 同居 2. 別居					
	続柄	職業	⑬年間収入 (年金等含む)	1. 有 2. 無	円	
被扶養者 同居別居	(フリガナ) 氏名	生年月日 年齢	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日	性別 1. 男 2. 女		
1. 同居 2. 別居						
続柄	職業	⑬年間収入 (年金等含む)	1. 有 2. 無	円		

【重要】
1. 保険料の納付案内はご自宅へ郵送します。申請後、長期間に
わたりご自宅を不在にされる場合、当組合までご連絡下さい。
2. 保険証は保険料の納付が確認されてから発行します。保険証
がお手元にない期間は「資格証明書」をご使用下さい。

確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①届出者本人（被保険者）が作成したものです。 ②記載内容については誤りがないか届出者本人が確認しています。
-----	--------------------------	---

<任意継続制度の加入要件>
1. 勤務先の退職日の前日までに継続して2ヶ月以上の被保険者加入期間があること。
2. 当該制度への加入申請が退職日の翌日から20日以内(健保組合へ必着)であること。
<任意継続被保険者の資格期間>
○任意継続被保険者の資格期間は、資格取得してから2年間です。ただし、以下の理由にあつては2年を経過
する前でも資格を喪失します。
①毎月の保険料を納付期限までに納付しなかったとき
②就職等により、他の健康保険組合の被保険者となったとき
③被保険者(本人)が死亡したとき
④被保険者(本人)が後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
⑤被保険者(本人)からの申出

受付印	
処理年月日	