

(被保険者)住所	〒	—	被保険者証記号	9	0	0	常務理事	事務長	業務課長	係	
氏名							9	0	0		
連絡先	(携帯)	—									
任意継続被保険者記号-番号	9	0	0	—							

令和 年 月 日 提出

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)						④被保険者生年月日	5. 昭和 年 月 日	7. 平成 (歳)		
	②・③ どちらかを記入	②在職中の保険証記号-番号	—				③個人番号				
	⑤性別	1. 男 2. 女									
	⑥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			
	⑦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			
	⑧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				
⑨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									⑩資格確認書発行要否※	
	<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。									<input type="checkbox"/> 発行が必要	

被 扶 養 者 欄	⑪被扶養者同居別居	(フリガナ) 氏名	⑫生年月日 年齢	5. 昭和 年 月 日 歳	⑬性別	
	1. 同居 2. 別居			7. 平成 年 月 日 歳	1. 男 2. 女	
	⑭続柄	⑮職業	⑯年間収入 (年金等含む)	1. 有 2. 無	円	⑰資格確認書発行要否※
						<input type="checkbox"/> 発行が必要
	⑪被扶養者同居別居	(フリガナ) 氏名	⑫生年月日 年齢	5. 昭和 年 月 日 歳	⑬性別	
	1. 同居 2. 別居			7. 平成 年 月 日 歳	1. 男 2. 女	
	⑭続柄	⑮職業	⑯年間収入 (年金等含む)	1. 有 2. 無	円	⑰資格確認書発行要否※
						<input type="checkbox"/> 発行が必要
	⑪被扶養者同居別居	(フリガナ) 氏名	⑫生年月日 年齢	5. 昭和 年 月 日 歳	⑬性別	
	1. 同居 2. 別居			7. 平成 年 月 日 歳	1. 男 2. 女	
	⑭続柄	⑮職業	⑯年間収入 (年金等含む)	1. 有 2. 無	円	⑰資格確認書発行要否※
						<input type="checkbox"/> 発行が必要

※(重要)
令和6年12月から保険証の新規発行が廃止され、原則マイナ保険証(マイナンバーカードを保険証利用登録したもの)で受診いただくことになります。マイナ保険証をお持ちでない方には資格確認書を交付いたしますので、⑩または⑰の資格確認書発行要否欄に☑してください。

確認欄	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。
<input type="checkbox"/>	

<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