

※申請前に必ずご確認ください。

◆退職後の保険料は在職時の**2倍**となります。（翌年度は保険料率の変更により保険料が変更する場合があります。）
お住いの市区町村の国民健康保険窓口で国民健康保険の保険料を確認し比較検討のうえ申請してください。

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

※この申請書は退職の翌日から**20日以内（必着）**に健康保険組合に届かない場合は受付できません。

保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。	
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	被保険者氏名 健保 太郎

個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）	
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 [①通知カードの写し] [②個人番号記載の住民票の写し] [③個人番号カード（両面）の写し]のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、[運転免許証の写し]または[パスポートの写し]のいずれか1点を添付してください。	

資格喪失時の 記号・番号	○○ - ○○○○	氏 名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	年 月 日	0 5 1 0 1 0
住 所	①住民票住所 〒 123 - 東京都○○区	申出書の提出後に転居される場合は、必ず郵便局の転送手続きを行い、転居された後に速やかに「任意継続被保険者住所変更届」をご提出ください。					
	②退職後の送付先 〒 - <input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所と						
電 話	R 6.1.3 1 退職の場合 ⇒ R 6.2.1 資格喪失	0 3 (○○○○) ○○○○	携 帯	0 9 0 (○○○○) ○○○○			
メー ル	○▲□@■○△×.ne.jp						
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	資格喪失時の 会社名・所属部署	株式会社○○○○ ○○営業所				
給 付 金 等 振 込 先	普通	口座番号	1234567	口座名義 (カナ)	ケンポ タロウ		
	銀行 信用金庫		○○	本店 支店	○○		
保 険 料 の 納 入 方 法	1. 毎月ごと		2. 1年分前納		3. 半年分前納		
被 扶 養 者 状 況	氏 名	生 年 月 日	続 柄	住 所			
	健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 令和	10 年 11 月 11 日	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住民票住所と同じ 〒		
	健保 桃子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 令和	3 年 7 月 1 日	長女	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住民票住所と同じ 〒		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 被保険者の住民票住所と同じ 〒		
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 被保険者の住民票住所と同じ 〒			

退職時に扶養していた方を引き続き扶養する場合は氏名等をご記入ください。被扶養者欄が足りない場合は、2枚ご提出ください。別居の場合は別途必要書類があるためお問い合わせください。
新たに扶養家族になる方がいる場合は当組合のホームページより「被扶養者異動届（追加）」等により申請してください。