

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者申請書

健保決裁欄	常務理事	担当者	担当者

※太線で囲んだところは、すべて記入してください。

〔注意〕 この申請書は健康保険法第 37 条により、退職日の翌日以降、20 日以内に健康保険組合に提出（必着）してください。

被保険者等 記号・番号				被保険者氏名（自署）		性 別	生 年 月 日			住 所・電話番号		資格確認書発行要否
記号	10	番号	12345	(フリガナ)	ニチタ タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	〒 541-8559 電話 06 (6222) 7515 大阪府大阪市中央区北浜 4-5-33	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途、申請書が必要
					日板 太郎	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平成	41	10	16		

退職時の適用事業所名		資格喪失年月日（任継資格取得年月日）	資格喪失時の標準報酬月額	決定標準報酬	等級		千円
名 称	日硝ファイバー株式会社	令和 年 月 日	千円	月額および	一般	円	円 合計 円
所在地	三重県津市高茶屋小森町 4902 番地			保険料月額	介護	円	

納付方法 (いずれかを選択してください)	1. 半期前納（6 ヶ月毎） 2. 年間前納（12 ヶ月毎） 3. 月払い ※1 または 2 を選択された場合、保険料の割引が適用されます。 ※保険料を前納する場合、資格取得年月日の属する月の月末までに納めていただく必要があります。 ※保険料を前納する場合、資格取得年月日の属する月の月末までに納めていただく必要があり、申請される時期によっては前納ができない場合があります。	任継資格喪失年月	
		令和 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 保険料未納 <input type="checkbox"/> 他保険 <input type="checkbox"/> 任意脱退 <input type="checkbox"/> 死亡	

扶養している家族の 氏名（フリガナ）	性 別	生年月日			続柄	同居／ 別居 別	年間収入の有無 給与・年金（老齢・障害・遺族含む）・その他	資格確認書 発行要否
(ニチタ ハコ 日板 花子)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 有（収入額 700,000 円） <input type="checkbox"/> 無 内容： <input checked="" type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途、申請書が必要
(ニチタ モモ 日板 桃)	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	二女	<input type="checkbox"/> 有（収入額 円） <input checked="" type="checkbox"/> 無 内容： <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途、申請書が必要
()	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日		<input type="checkbox"/> 有（収入額 円） <input type="checkbox"/> 無 内容： <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途、申請書が必要

健保決裁欄（資格喪失）		
常務理事	担当者	担当者
証回収日		

受付日付印

※保険給付金、還付金等が発生した場合における受取口座（本人名義）を下記に記入してください。

金融機関名	三井住友 銀行・農協 金庫・信組	東京営業部 本店・支店 出張所	口座 名義	(フリガナ) ニチタ タロウ 日板 太郎
口座種別	普通・当座	口座番号	7 8 6 1 8 1 7	

令和 年 月 日提出