

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書



加入要件

- 資格喪失日の前日（退職日）までに継続して2か月以上の被保険者期間があること。
- 資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に、健保組合へ申出書を提出（必着）すること。

被 保 険 者 情 報	勤務していた時に使用していた 被保険者証の記号・番号	記号	番号	マイナンバー	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒	—	都・道 府・県	
	勤務していた 事業所の名称	名称	(所在地：)		
	資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和	年	月	日

健康保険 被扶養者届

退職時に扶養されていた家族を引き続き扶養家族とされる場合は、再度審査がありますのでご記入ください。

被扶養者の氏名	生年月日	続柄	職業	マイナンバー	同居 区分
	昭・平・令 年 月 日				同居 別居
	昭・平・令 年 月 日				同居 別居
	昭・平・令 年 月 日				同居 別居
	昭・平・令 年 月 日				同居 別居

【給付金受取口座】

注：職業（例）：主婦、高校1年、無職

銀行 本店 普通預金 口座番号
信用金庫 支店 口座名義（フリガナ）

高額療養費等給付金の支給がある場合は上記へ振込してください。

【保険料納付方法】

月払	半年払 (4 - 9月) (10 - 3月)	年払 (4 - 3月)
----	------------------------------	----------------

健保組合 記入欄	任継 記号	番号	喪失時の 標月
-------------	----------	----	------------

マイナンバー記入欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、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。