

# 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		電話番号 (日中の連絡先)	( )
	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

退職時に被扶養者として認定されていた方を引き続き扶養される場合はご記入ください。

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

注：職業（例）：主婦、高校1年、無職

### 【給付金受取口座】

高額療養費等給付金の支給がある場合は下記へ振込してください。

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）

### 【保険料納付方法】

月払 半年払 (4 - 9月) 年払 (4 - 3月)  
(10 - 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。