

**全員ご提出下さい**

黄色の欄・個所は全員ご記入ください。  
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

健康保険任意継続希望確認書  
健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

**<記入時の注意事項>**

- ① 「番号」欄は、健康保険証の番号を記入してください。
- ② **必ず押印してください。**
- ③ 「資格喪失年月日」欄は、**退職日の翌日**を記入してください。  
(例. 3月31日退職→4月1日と記入)
- ④ 「資格喪失時の標準報酬月額」欄は、不明の場合は空欄でかまいません。
- ⑤ どちらかにチェックを入れてください。  
また「希望しない」を選択した方は理由も併せてご選択下さい。

		平成 年 月 日 届出	
氏名		①	1 2 3 4 5 6 7
健保 太郎		②	健保
性別		男	女
生年月日		昭和	〇〇年〇〇月〇〇日生
		平成	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)		③	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
資格喪失時の標準報酬月額		④	〇〇 千円
任意継続の希望		<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (理由: 1. 家族の扶養に入る 2. 再就職先の保険に加入 3. 国保に加入 4. その他)	

◎任意継続を希望するにチェックを入れた方は以下ご記入下さい。

住所		⑥		桃色の欄・個所は任意継続を希望する方のみご記入ください。	
〒 761-		香川 県		高松 市	
		屋島四町		1 2 3 4 - 5	
連絡先		(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇		被扶養者の有・無 (注1)	
				有 ・ 無	
振込口座 (注2)		⑦		被扶養者がいらっしゃる方は下段の「健康保険被扶養者(異動)届」もご記入下さい	
ゆうちょ銀行は指定できません		銀行 信金 信組 労金		1 2 3 4	
口座番号		普通		口座名義	
		1 2 3 4 5 6 7		健保 太郎	

**<記入時の注意事項>**

- ⑥ 「住所」欄は、**退職後にお住まいになる住所・電話番号**(携帯電話でも可)をご記入ください。  
また、ご記入いただいた住所から転居された際は、必ず健保組合までご連絡ください。
- ⑦ 「振込口座」欄は、当健保組合からの保険給付等の支払いが発生した場合に、お振込みする口座をご記入ください。  
(保険料の自動引き落とし用の口座ではございませんのでご注意ください。)

被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入(見込)	同居別居
健保 花子	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日生 平成	男(女)	妻	主婦	0万円	同居(別居)
	昭和 年 月 日生 平成	男・女			万円	同居・別居
	昭和 年 月 日生 平成	男・女			万円	同居・別居
	昭和 年 月 日生 平成	男・女			万円	同居・別居

※「職業」「年間収入」「同居別居」については、**資格喪失日現在の状況**についてご記入ください。なお、任意継続資格取得後、被扶養者の方の扶養状況(収入増・就職等)に変更があった場合は、速やかに健保組合までご連絡下さい。

【健康保険組合処理欄】

受付印

任意継続	記号	4100	番号		標準報酬月額	千円
有効期限	自	平成 年 月 日	至	平成 年 月 日		