常務理事	事務長	担当者
押印不要		

ダイキンサポートセンター記入欄				
資格喪失時の標準報酬月額	記入不要	千円	担当者	

健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者届

[　　] の欄は、健保組合の記入欄です。

① 被保険者氏名	②性別	③生年月日	④任継資格取得年月日【退職日の翌日】
(ﾌﾘｶﾞﾅ) ダイキン　タロウ 大金　太郎	男　女	昭和 平成 令和 40 年 4 月 20 日	令和 6 年 12 月 1 日

⑤ 被保険者マイナンバー	⑥ 電話番号	資格確認書の交付を希望する場合はチェックしてください
在籍時のマイナンバーを引き継ぎます	【携帯】 080 - **** - **** 【自宅】 06 - **** - ****	⑦ 資格確認書を希望 ☑

⑧ 在籍時の保険証記号・番号	⑨ 勤務していた事業所(会社)名称	⑩ 勤務していた事業所(会社)所在地
1 0 0 - 9 0 0	ダイキン工業健康保険組合	大阪市北区梅田 1-13-1

⑪ 住民票住所	〒 530 － 8323 大阪	(ﾌﾘｶﾞﾅ) オオサカフオオサカシキタクナカザキニシ 2 チョウメ 4-12 ウメダマンション 22 ゴウシツ 都道府県 大阪市北区中崎西 2 丁目 4-12 梅田マンション 22 号室
⑫ 居所住所	住民票住所と同じ ☑	〒 － (ﾌﾘｶﾞﾅ) 都道府県

被扶養者情報①	⑬ 被扶養者氏名	⑭性別	⑮生年月日	⑯続柄	⑰同居別居の別	認定年月日
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ダイキン ハナコ 大金 花子	男 女	昭和 平成 令和 42 年 5 月 10 日	妻	同居 別居	令和

⑱ 住民票住所	被保険者と同じ	〒 － 都道府県	⑲ 被扶養者マイナンバー	資格確認書交付を希望
	☑		在籍時のマイナンバーを引き継ぎます	⑳ ☑

被扶養者情報②	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居別居の別	認定年月日
㉑	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日		同居 別居	令和

住民票住所	被保険者と同じ	〒 － 都道府県	被扶養者マイナンバー	資格確認書交付を希望
	□		在籍時のマイナンバーを引き継ぎます	□

被扶養者情報③	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居別居の別	認定年月日
㉒	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日		同居 別居	令和

住民票住所	被保険者と同じ	〒 － 都道府県	被扶養者マイナンバー	資格確認書交付を希望
	□		在籍時のマイナンバーを引き継ぎます	□

㉓ 被保険者名義の銀行口座　※注意:登録する口座は、健保から給付金等を振り込む際に使用する口座で、保険料天引き用の口座ではありません

三井住友	銀行 / 労金	信金 / 農協	梅田	支店 / 出張所	当座 / 普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6

ﾌﾘｶﾞﾅ　健康保険組合使用欄のため記入不要　　口座番号(7 桁)は、右詰めで記入してください 左先頭番号が空白になる場合は、「0」を記入してください

㉔ 特記欄	本紙届け出後に転居予定がある場合など、特筆する事項がある場合にご使用ください 令和7年1月に引っ越し予定→　〒000-0000　東京都〇〇区△△10-21　東京マンション 202 号室　自宅 TEL:03-****-****
㉕ 確認欄	☑ 申請者本人(被保険者)が作成し、記載内容に相違ないか確認しました ←この届出に間違いがない場合、必ず左記□内にチェックを記入してください

◆ダイキン工業健康保険組合記入欄◆

記号	9	0	番号	加入期限	令和	受付印
資格喪失時の標準報酬月額	円	報酬月額	円	報酬月額	円	健康保険組合使用欄のため記入不要

2024.12

健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書　兼　被扶養者届　記入例・注意事項

楷書でわかりやすく記入し、訂正箇所は二重線で抹消し、右記のように訂正して正しい内容を記入してください。
記入する際は、消えない黒のボールペン等で記入してください。
鉛筆やフリクションペン等を使用して記入されたものや、修正ペン等を使用されたものは受付できません。

<訂正方法>
大
俊

①～③	被保険者（申請者）の氏名、性別、生年月日を記入してください。
④	任意継続保険資格取得年月日（退職日の翌日）を記入してください。
⑤	在籍時に会社から届出を受けた（または厚生労働省の指示のもと健保が取得した）マイナンバーを引き継ぐため、記入不要です。
⑥	被保険者（申請者）の携帯電話番号、自宅電話番号を記入してください。
⑦	被保険者（申請者）の**「資格確認書」の発行を希望する場合は、必ずチェックしてください。** なお「資格確認書」は、**被保険者が下記いずれかに該当する場合に限り、発行**します。 ①マイナンバーカードを**取得していない**、または**返納している。** ②マイナンバーカードを保有しているが、**健康保険証利用登録をしていない**、または**利用登録を解除した。** ③マイナンバーカードの**電子証明書の有効期限が切れている。**
⑧	在籍時の健康保険記号・番号を記入してください。 ※令和７年１２月１日までは、お手元の健康保険証・資格確認書・資格情報のお知らせでご確認頂けます。 令和７年１２月２日以降は、資格確認書・資格情報のお知らせでご確認頂けます。
⑨～⑩	被保険者（申請者）がお勤めだった事業所（会社）名と事業所（会社）所在地を記入
⑪	被保険者（申請者）の住民票住所を記入
⑫	被保険者（申請者）の居所住所が⑪の住民票住所と同じ場合は□内にチェックしてください。 住民票住所と居所住所が違う場合は居所住所を記入してください。 ※住民票住所と居所住所が違う場合、健保からの送付物は、優先的に居所住所へ送付します。
⑬～⑯	被扶養者（申請者が在籍時から扶養している家族）の氏名・性別・生年月日・続柄を記入ください。 注意＞任意継続の資格取得と同時に、新たに扶養したいご家族がいる場合は、別の届出が必要です。 上記の場合は、ダイキン健保へご連絡ください。
⑰	被保険者（申請者）と被扶養者（申請者が在籍時から扶養している家族）が同居か別居かについて、〇をつけてください。（別居の場合、別途確認させて頂く可能性がございます。）
⑱	被扶養者（申請者が在籍時から扶養している家族）の住民票住所が、被保険者（申請者）の住民票住所と同じ場合は、□内にチェックしてください。 住民票住所が被保険者と違う場合は、被扶養者（申請者が在籍時から扶養している家族）の住民票住所を記入してください。
⑲	在職時に会社から届出を受けた（または厚生労働省の指示のもと健保が取得した）マイナンバーを引き継ぐため、記入不要です。
⑳	被扶養者（申請者が在籍時から扶養している家族）の**「資格確認書」の発行を希望する場合は、必ずチェックしてください。** なお「資格確認書」は、**被扶養者が下記いずれかに該当する場合に限り、発行**します。 ①マイナンバーカードを**取得していない**、または**返納している。** ②マイナンバーカードを保有しているが、**健康保険証利用登録をしていない**、または**利用登録を解除した。** ③マイナンバーカードの**電子証明書の有効期限が切れている。**
㉑～㉒	被扶養者（申請者が在籍時から扶養している家族）が複数いる場合は、上記⑬～⑳同様に内容を記入してください。
㉓	被保険者名義の口座について記入してください。 口座番号は右詰で記入し、口座番号が７桁以下の場合は、前に「０（ゼロ）」を記入してください。
㉔	本申請書を提出後に引っ越しする予定がある場合等、特筆すべきことがある場合に記入してください。
㉕	本申請書の内容に間違いがないことを被保険者（申請者）本人が確認し、確認欄に必ずチェックしてください。