

番号		標準報酬	千円
----	--	------	----

健康保険組合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

令和 年 月 日提出

健康保険 被保険者		被保険者(本人)の氏名		生年月日		性別	
記号	番号(右づめで記入)			昭和 平成	年 月 日	男 ・ 女	
住所 (任継加入後)	〒			自宅			
				携帯			
退職時の 事業所	【名称】		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年 月 日		
保険料の 納付方法	1. 一括前納 (どちらかに○)			2. 毎月納付			
	当年度分(任継取得月～3月まで)の保険料を一括納付			当月分の保険料を当月1日～10日に毎月納付			
給付金の 振込先 (引落し口座で はありません)	金融機関名		支店名	口座No.		預金 種別	普通 当座
	金融機関 コード		支店 コード	口座 名義	(フリガナ)		

※ 引続き扶養する方がいる場合のみご記入ください ※

被扶養者になれる要件は次のとおりです。要件を満たしているか必ずご確認ください。

- 被扶養者は年収130万円未満(60歳以上または障害者[概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の支給要件に該当する程度]の場合は180万円、その年の12月31日現在の年齢が19歳以上23歳未満(配偶者を除く)は150万円)、且つ被保険者(本人)の退職時年収の2分の1未満であること
- 別居の場合、毎月仕送り額は被扶養者の月収より多く、被扶養者の年収+仕送り額は年間130万円以上であること

引続き扶養する方をご記入ください (※記入のない方は、任意継続取得時から扶養資格がなくなります)

被扶養者届	氏名	生年月日	性別	続柄	同居/別居	職業	年間収入
			昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	同居 ・ 別居	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 学生 5. その他
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	同居 ・ 別居	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 学生 5. その他	円/年 年金・給与・その他
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	同居 ・ 別居	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 学生 5. その他	円/年 年金・給与・その他
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	同居 ・ 別居	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 学生 5. その他	円/年 年金・給与・その他

※納付期限までに初回保険料を納付されなかった場合、任意継続の資格が取り消されます。

受 付 日 付 印

健康保険被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。
(マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認ならびに本人確認のための書類添付が必要となります。)

備考	
----	--

(R7.12)