

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 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 4 年 1 月 1 日提出

健康保険 被保険者証		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)	① 日鉄 太郎		昭和 平成	年 月 日	男 女
1 0 0 1	1 2 3 4 5			3 3	3 1	
住所 (任継加入後)	〒 174-0041 東京都板橋区舟渡×-××-×	③ 自宅	03-××××-××××			
		携帯	090-××××-××××			
退職時の 事業所	【名称】 ※勤務していた(いる)会社名	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日
		④	4	1	1	
保険料の 納付方法	⑤ 1. 一括前納 (どちらかに○) 当年度分(任継取得月～3月まで)の保険料を一括納付		2. 毎月納付 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 (引落とし口座では ありません)	金融機関名	支店名	口座No.	0 1 1 1 2 2 2	預金 種別	普通 当座
	〇〇銀行	丸の内支店	(フリガナ)	ニッセツ タロウ		
	金融機関 コード	支店 コード	口座 名義	日鉄 太郎		
	1 1 1 1	2 2 2				

- ① 押印は不要です。
- ② 任継加入後の住所を記入してください。通知の送付先となります。正確にご記入ください。
- ③ 健保から連絡する場合があります。どちらかは必ずご記入ください。
- ④ 必ず記入してください。不明な場合は、事業所にお問合せください。
- ⑤ どちらかを選んでください。年度途中は、変更できません。

## ※ 引続き扶養する方がいる場合のみご記入ください ※

- ⑥ 必ず確認してください。該当しない方は、扶養になれません。扶養からは必ず手続きをしてください。任継申請時に、扶養からは必ず場合、下記の「被扶養者届」欄に記入しないことで、扶養からは必ずせま

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)、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	⑧ 年間収入 円/年
	日鉄	花子	昭和 平成 令和	4 3 5 2 0	男 女	妻	同居 別居	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 学生 5. その他	
日鉄	健一	昭和 平成 令和	1 0 1 1 3	男 女	長男	同居 別居	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 学生 5. その他	年金・給与・その他	
		昭和 平成 令和		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	年金・給与・その他	
		昭和 平成 令和		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	年金・給与・その他	

- ⑦ 被扶養者でない配偶者の収入が、任継加入後の被保険者の収入より多い場合、配偶者の健康保険の扶養者になれることがあります。任継申請前に扶養異動が可能か確認してください。
- ⑧ 被扶養者がある場合は、任継加入後の収入を必ず記入してください。
- ⑨ 任継から新規で扶養に入れる方は、別途書類提出が必要です。

※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。

健康保険被保険者証の記号・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	
----	--

(R4.1)