

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

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

平成 年 月 日提出

健康保険被保険者証				被保険者の氏名				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
								印				
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)				平成 年 月 日			
	【所在地】〒											
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の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)				

****退職時に認定されていた被扶養者で引続き被扶養者申請を希望される方のみ下記にご記入ください****

被扶養者の要件は下記のとおりです。扶養要件を満たしているか、申請前に再度、ご確認ください。

□被扶養者申請される方の年収が130万円未満(＊)、かつ被保険者の退職時の収入の2分の1未満であること。

□別居の場合、被扶養者申請される方の年収が130万円未満(＊)、かつ被保険者からの仕送り額より少ないこと。

＊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180万円以上

被保険者収入について(年金・失業給付含む)			配偶者 有無		配偶者の収入状況						
1. あり 円/月 2. 失業給付受給予定 円/月 3. なし			配偶者あり 配偶者なし		< <u>被扶養者ではない</u> 配偶者の収入 > 1. あり 円/月 2. なし 被扶養者である配偶者の収入は「被扶養者届」欄にご記入ください						
引続き扶養を希望される方のみご記入ください(記入のない方は、任意継続から被扶養者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	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	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	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	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。

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