

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	課長	担当

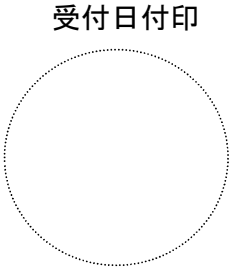
注) 番地等は省略することなく住民票通りにご記入ください【 大字 や 1-1 ⇒ 1番1号 等】

申請日:		令和 年 月 日					
記号	番号	フリガナ	ケンポ リョウイチ	年齢	生年月日	退職日	在職時 会社名 記号番号
6188-		氏名	健保 良一 印	37 昭和 平成	63年 10月 10日	令和 7 年 4 月 1 日	〇〇株式会社 6100-3000
フリガナ		クマモトケン〇〇シ△△ク□□マチ〇〇					携 帯 番 号
住民票住所		〒 862 - 0901 熊本県〇〇市△△区□□町〇〇					090-1234-5678
居所住所		☒ 住民票住所と同じ ☐ 住民票住所と異なる					
任継取得時標月	介護保険	被扶養家族	月額保険料	任意継続 資格取得日	資格喪失予定年月日	資格確認書発行要否	
	- 健保組合使用欄 -					☐ 要発行 ※ 裏面参照	
千円	有・無	有・無	円	令和 年 月 日	令和 年 月 日		

納付方法をお選びください。いづれかに☑ ※☑がない場合は、毎月納付とさせていただきます。	☒ 【毎月納付】 次月からの納付期限は毎月10日まで、又は納付書記載期限(前納割引なし) ☐ 【半年に分けて納付】 4月から9月まで(3月末納付)、10月から年度末まで(9月末納付) ☐ 【年度分まとめて納付】 4月から年度末まで(3月末納付)
---	--

被扶養家族のある場合は別紙で「健康保険被扶養者異動届」と様式1・2 と必要に応じた添付書類をそろえて届書を提出していただきます。
※ 任意継続加入をご希望の方は、上記太枠記入欄にご記入の上、退職日の翌日から20日以内に申請をお願いいたします。

- 【留意事項】
- 被保険者の資格期間は、原則として2年間です。
 - 保険料は全額自己負担することになります。
 - 被保険者の資格喪失は下記の場合となっています。
 - 被保険者資格取得後の期間が、2年を経過したとき
 - 被保険者が死亡したとき
 - 保険料納付期限までに納付しなかったとき
 - 就職や自営開業により他の健康保険(後期高齢者保険・船員保険含む)の被保険者となったとき
 - 他の健康保険へ移りたい等、事前に申出を送付したとき(喪失は申出書を受理した日の翌月初日(1日))



資格確認書発行要否

資格確認書の発行が必要な場合(※)は「☐要発行」にチェックを入れてください。

※以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者
- ・マイナンバーカードの返納者
- ・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行っていない者
- ・利用登録解除を申請した者
- ・利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者