

# 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

記入例

◎ 健康保険被保険者証の記載事項を照らし合わせ、記入してください。	◎ 健康保険被保険者証の記載事項を照らし合わせ、記入してください。	◎ 健康保険被保険者証の記載事項を照らし合わせ、記入してください。	◎ 健康保険被保険者証の記載事項を照らし合わせ、記入してください。	◎ 健康保険被保険者証の記載事項を照らし合わせ、記入してください。	◎ 健康保険被保険者証の記載事項を照らし合わせ、記入してください。	◎ 健康保険被保険者証の記載事項を照らし合わせ、記入してください。	◎ 健康保険被保険者証の記載事項を照らし合わせ、記入してください。
任継記号	任継番号	資格取得年月日 ※ 年 月 日 令和	資格喪失予定年月日 ※ 年 月 日 令和	標準報酬月額 ※ 千円	備考		
資格喪失時の健康保険被保険者証の 記号 番号		被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄必須)		被保険者の生年月日	性別	被扶養者の有無	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0		(氏) 健保	(名) 太郎	5.昭 7.平 9.令 4 7 0 9 0 8	男 女	有(1人)・無	
被保険者の住所					電話番号		
〒103-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101					03-xxxx-xxxx ※日中連絡がつく番号を記入。		
メールアドレス		xxxxxxxxxxxx@xxxx.xxx ※kenpo@msdm-hd.comを受信できるように設定をお願いします。/ 希望しない					
最後に被保険者として使用されていた事業所	名称 (会社名)	所在地 (会社住所)			最後に被保険者の資格を喪失した年月日	令和 0 1 0 5 0 1	
支払方法 (いずれか)	1年前納(加入月 ~ 当年度3月分まで)			半年前納(4~9月分・10~3月分)			
	毎月払い(三井住友銀行へ払込み)			毎月払い(ゆうちょ銀行より自動引落)			
健康組合からの保険給付費振込口座 ※被保険者のみ	銀行	支店	普通・当座				
【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。		必ず、被保険者名義の口座について記入して下さい。			就職の予定のある方は、ご面倒でも毎月払いを選択してください。保険料の返還が必要となった場合に、煩わしい還付手続きを省略できます。		
確認欄	②の要件						
<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						

注) 資格喪失の日から20日を経過した場合は加入できません。

※退職日の翌日から20日以内に健保に到着するように発送してください。  
例: 3月31日退職の場合... 4月20日までに健保に必着

【訂正方法】  
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。  
例: あいうえお かきくけこ(健保太郎)