

記入例

在職時の健康保険証を見て記入してください。
 忘れずに押印してください。(シャチハタでも可)
 入社日を記入してください。
 退職日の翌日を記入してください。
 必ずいずれかにチェックして下さい。原則として申請時に選択した方法が資格喪失時まで適用されます。但し、申し出があれば、途中で変更することも可能です。
 記入した住所が、在職時に会社に届出していた住所と違う方のみ、転居日を記入してください。

任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者申請書

提出日 令和 ××年 ××月 ××日 ※本申請書は、退職日の翌日から20日以内に健保に到着するように事業主経由で提出して下さい。

在職中の被保険者証の 記号 ×× 番号 ××××	申請者氏名(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 ××年 ××月 ××日	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所(退職日以降の住所) 〒510-0000 三重 都道府県 四日市 区市 区 △△町○○番地	転居日 R×年×月×日 <small>※会社に届出していた住所と違う住所を記入した方のみ記入。</small>		
退職前に勤務されていた事業所 名 〇〇株式会社	資格取得日(入社日) <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H ××年×月××日 <input type="checkbox"/> R	資格喪失日(退職日の翌日) R××年×月××日	保険料の納付方法(下欄参照) <input checked="" type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 半年前納(4~9月・10~翌年3月) <input type="checkbox"/> 1年前納(4~翌年3月)	電話番号 自宅:(×××)×××-××× 携帯:(×××)×××-×××	メールアドレス 〇〇〇〇@..... <small>※お電話にて連絡が取れない場合等に使用します</small>		
保険給付金等の振込先 (申請者名義のこと)	(フリガナ) マルマル 〇〇	銀行・農協 信用金庫 信用組合	種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座No.(右ジメ) 00000000	銀行コード 1111	店コード 222	口座名義(カタカナで記入してください) ケンポ タロウ
退職時に被扶養者として加入 していた家族の氏名	性別	生年月日	続柄	同別居	職業	収入(年間)の有無	被扶養者の状況
(フリガナ) ケンポ (氏) 健保 (名) ハナコ 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H ××年 ××月 ××日 <input type="checkbox"/> R	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	無し	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 引き続き扶養 <input type="checkbox"/> 扶養から削除 (理由) (年月日) R . . .
(フリガナ) ケンポ (氏) 健保 (名) ナツキ 夏樹	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H ××年 ××月 ××日 <input checked="" type="checkbox"/> R	次男	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	公務員	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ×××, ××× 円	<input type="checkbox"/> 引き続き扶養 <input checked="" type="checkbox"/> 扶養から削除 (理由) 就職 (年月日) R**.*.*.*
(フリガナ) ケンポ (氏) 健保 (名) アキ あき	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H ××年 ××月 ××日 <input type="checkbox"/> R	実母	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年金) ×××, ××× 円	<input checked="" type="checkbox"/> 引き続き扶養 <input type="checkbox"/> 扶養から削除 (理由) (年月日) R . . .
(フリガナ) (氏)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 引き続き扶養 <input type="checkbox"/> 扶養から削除 (理由) (年月日) R . . .

通帳を見て記入してください。

押印不要

退職時に扶養していた家族の氏名を記入してください。新たに扶養する家族が増える場合は別途申請が必要となります。

続柄欄は「長男」「養子」「養父」「実母」等と記入してください。(略称の「子」は不可。)

通帳、カードなどを見てわかる場合は記入してください。

退職後の家族の状況について記入して下さい。「削除」する場合は、理由も記入してください。(就職する場合は就職日も記入)

〔健保受付日付印〕

◎健保処理欄

