

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

届出年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
記号・番号 (保険証左上に記載)	事業所名
被保険者氏名	被保険者 自宅 TEL 携帯
住所	〒 <input type="text"/>
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	退職日翌日の年齢 <input type="text"/> 歳
被扶養者の有無 該当する方に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 引き続き被扶養者とする者がいます。別紙の「被扶養者届」を記入提出します。 <input type="checkbox"/> 無 引き続き被扶養者とする者はいません。
配偶者の収入確認	国民健康保険を含め他の健康保険へ配偶者が加入している場合は 配偶者の年間収入をご記入ください <input type="text"/> 円
振込金融機関 ※被保険者名義の口座に してください	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)
	金融機関番号 <input type="text"/> 支店 <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通 口座番号 <input type="text"/> カタカナで記入 口座名義 <input type="text"/>
	注) 健保組合から給付金等の振込が発生した場合に使用します。
備考	※その他連絡事項
	退職後転居する場合 〒 <input type="text"/> (転居の時期 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)
	電話番号 <input type="text"/>

事業所記入欄			
上記被保険者の 喪失年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	上記被保険者の 退職年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
上記被保険者の 標準報酬月額	<input type="text"/> 千円	備考	<input type="text"/>

健保組合記入欄			
記号・番号	901 - <input type="text"/>	第一取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
標準報酬月額	<input type="text"/> 千円	資格取得年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

健保組合	
決裁	処理

健保受付

事業所	
責任者	担当

任意継続被保険者 被扶養者現況届

引き続き被扶養者申請を希望される方がいる場合は、この用紙に記入の上、ご提出してください。
被扶養者増または減の場合は、別途「被扶養者異動届」をご提出ください。

届出年月日 令和	年	月	日
----------	---	---	---

記号・番号 <small>(保険証左上に記載)</small>	-		被保険者氏名	被扶養者の状況は下記の通り相違ありません。 被保険者氏名
------------------------------------	---	--	--------	---------------------------------

被扶養者氏名	性別	続柄	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	例:長男、養女	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	例:長男、養女	
生年月日	年齢	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	歳		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	歳	
職 業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 未就学児 <input type="checkbox"/> 学生 () <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 未就学児 <input type="checkbox"/> 学生 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
収入状況	①給与収入 <small>(今後1年間の給与収入見込み額)</small>	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト (短期・長 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 () 円				<input type="checkbox"/> パート・アルバイト (短期・長 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 () 円			
	②年金収入 <small>(今後1年間の年金収入見込み額)</small>	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他 () 円				<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他 () 円			
	③事業収入 <small>(今後1年間の事業収入見込み額)</small>	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※収入から、減価償却・接待交際費・損害保険料・福利厚生費・青色申告特別控除を除いた額</small> 円				<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※収入から、減価償却・接待交際費・損害保険料・福利厚生費・青色申告特別控除を除いた額</small> 円			
	④その他 <small>(今後1年間のその他収入見込み額)</small>	<input type="checkbox"/> 家賃・不動産収入 <input type="checkbox"/> 利子・配当金 <input type="checkbox"/> その他 () 円				<input type="checkbox"/> 家賃・不動産収入 <input type="checkbox"/> 利子・配当金 <input type="checkbox"/> その他 () 円			
世帯	別居の場合の送金状況	<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 自動送金 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 別世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	円/月		<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 自動送金 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 別世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	円/月			

※事実と異なる内容はあった場合には、資格の取り消し、医療費等の返還請求をさせていただきます。
※必要に応じて別途、書類の提出をお願いする場合があります。

健 保 組 合	
決 裁	処 理

/ 健保受付 \

事 業 所	
責 任 者	担 当 者