

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

申出日 令和〇〇年××月××日

健康保険証の記号番号	(記号) 999 (番号) 9999	被保険者氏名	健保 弘志 (印)
事業所名	〇〇〇〇株式会社		
被保険者住所	〒999-9999 〇〇 都・道 〇〇市 〇〇 9-9-999 府・県 (印)		
生年月日	(昭和) 〇〇年 〇月 〇日 平成 令和	退職日翌日の年齢	〇〇 歳
被扶養者の有無	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。	
※該当する方に○すること	無	引き続き被扶養者とする者はいません。	
配偶者の確認	国民健康保険以外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。		円
振込金融機関	〇× 銀行 〇× 支店 信用金庫 その他()		
※被保険者名義の口座にしてください	(カタカナで記入) 普通 口座番号 (9999999) 口座名義 ケンポ ヒロシ 当座		
備考	※その他連絡事項 転居の時期 令和 〇〇年 〇月 〇日 〒111-1111 退職後 〇〇 都・道 〇〇市 〇〇 1-1-1 転居する 府・県 場合 TEL 〇〇 (〇〇〇)〇〇〇〇		

事業所記入欄			
上記被保険者の喪失年月日	令和 〇〇年 〇月 〇日 (退職日 令和 〇〇年 ×月 ×日)	備考	
上記被保険者の標準報酬月額	××× 千円		

健保組合記入欄			
記号・番号	901 -	第1取得年月日	昭和 年 月 日 平成 令和
標準報酬月額	千円	資格取得年月日	令和 年 月 日

健保組合		健保受付	赤・・・本人記入 青・・・事業所記入
決裁	処理		

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。

届出日 令和 年 月 日

健康保険証の記号・番号		(記号) 999	(番号) 9999	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 健保 弘志 印							
被扶養者氏名		性別	続柄	フリガナ ケンポ スマレ	例:長男、養女	フリガナ ケンポ ヤスコ	例:長男、養女				
				健保 すみれ	男 女	健保 康子	男 女	母			
生年月日		年 齢		昭 平 ・令 5 年 4 月 8 日	20 才	昭 平 ・令 18 年 4 月 15 日	70 才				
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 checked="" type="checkbox"/> 学生(小・中・高・専門 大 ・大学院: 2 年生) <input type="checkbox"/> その他()				<input checked="" 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(小・中・高・専門・大・大学院: 年生) <input type="checkbox"/> その他()					
収入 状 況	①給与収入 (今後1年間の給与収入見込み額)		<input type="checkbox"/> パート・アルバイト(長期・短期) <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他()				0 円				
	②年金収入 (今後1年間の年金収入見込み額)		<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()				0 円				
	③事業収入 (今後1年間の事業収入見込み額)		<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> その他() ※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				0 円				
	④その他 (今後1年間のその他収入見込み額)		<input type="checkbox"/> 家賃・不動産収入 <input type="checkbox"/> 利子・配当金 <input type="checkbox"/> その他()				0 円				
世帯	別居の場合の送金状況		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 別世帯 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 自動送金 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> その他()				100,000 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