

常務理事	事務長	係

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の健康保険 被保険者証の記号および番号	記号	氏名			
	番号	生年月日	昭・平	年	月 日生
資格喪失年月日	令和 年 月 日				
標準報酬月額 (健康保険組合が記入します)	資格喪失時の標準報酬月額		千円		
	※健康保険組合理事長が 公示した標準報酬月額		千円		
	※決定標準報酬月額		千円		
資格喪失時の使用 されていた事業所	事業所名	(株)			
	所在地	〒			
資格喪失前の被保険者 であった期間	自 年 月 日	年 ヶ月間			
	至 年 月 日				
被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	住所
		昭・平・令 年 月 日			〒
		昭・平・令 年 月 日			〒
		昭・平・令 年 月 日			〒
<p>令和 年 月 日 上記の通り申請いたします。</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>電話 _____ ( ) _____</p> <p>申請者 氏名 _____</p>					
確認欄	<p>この届出については、①または②の要件を満たしたものである。</p> <p>①申請者本人(被保険者)が作成したものである。</p> <p>②記載内容については誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。</p>				<p>ご確認のうえ、左に✓ を付けてください</p>
<input type="checkbox"/>					備考
<p style="font-size: small; color: blue;">被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。)</p>					

「任意継続の手続について」をよく読んで申請して下さい。 提出順序 本人⇒健保(現金を添えて)

※「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生等の提供、社員名簿・各種台帳の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。但し、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」

上記の個人情報の利用目的並びに取扱について同意のうえ記入いたします。

**記入例**

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号及び番号	① ○○	氏名	② 文化 太郎		
	① ○○○	生年月日	② 昭・平 19年 10月 1日生		
資格喪失年月日	③ 平成 21年 1月 1日				
標準報酬月額 (健康保険組合で記入します)	資格喪失時の標準報酬月額		千円		
	※健康保険組合理事長が公示した標準報酬月額		千円		
	※決定標準報酬月額		千円		
資格喪失時の使用されていた事業所	事業所名	④ ○○○株式会社			
	所在地	④ 〒○○○-○○○ 東京都文京区○丁目○番○号			
資格喪失前の被保険者であった期間	⑤ 自 平成 2年 1月 1日 19年 0ヶ月 至 平成20年12月31日				
被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	住所
	⑥				〒
					〒
					〒
					〒
					〒
⑦ 令和 年 月 日 上記の通り申請いたします。 住所 〒 - 電話 ( ) 申請者 氏名					
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。				ご確認のうえ、左に✓を付けてください
⑧ <input 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(被保険者)が確認している。				

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。)

備考

「任意継続の手続について」をよく読んで申請して下さい。 提出順序 本人 ⇒ 健保 (現金を添えて)

(記入解説)

- ① 「健康保険被保険者証」の上の方に記載されている記号・番号をご記入ください。
- ② 被保険者の氏名・生年月日をご記入ください。
- ③ 資格喪失年月日をご記入ください・・・(例)退職日 20 年 10 月 1 日→喪失日 20 年 10 月 2 日  
※退職日の翌日が喪失日となります
- ④ 事業所名と事業所の住所をご記入ください。
- ⑤ 資格喪失前の被保険者であった期間をご記入ください・・・入社日と退職日がそれにあたります
- ⑥ 被扶養者がいる場合は、その者の氏名・生年月日・性別・被保険者との続柄・住所をご記入ください。
- ⑦ 申請者(被保険者)の氏名・住所・電話番号と、申請日をご記入ください。
- ⑧ 右に記載された「①または②の要件を満たしたもの」であることを確認のうえ、してください。

※申請方法は、現行通り被保険者証の記号番号でお願い致します。  
個人番号の記載は不要です。

「退職後の保険加入の流れ」

