

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

退職時の被保険者の記号番号を右詰めで記入ください。

健康保険組合 御中

氏名（漢字、アルファベット等）を、楷書で正確に記入ください。外字は使用できない場合がありますので、標準文字で記入ください。アルファベット氏名の場合は、スペース位置も正しく記入ください。

① 資格喪失時の健康保険被保険者の記号番号	記号	番号							
② フリガナ	ケンポ イチロウ			④ 性別	男	⑤ 生年月日	昭和	平成	
③ 申請者の氏名	健保 一郎			性別	女	生年月日	5年	9月	1日
⑥ 申請者の住所（居住地）	〒542-●●●●			※誤配達防止のため建物名も正確に記入ください。					
	大阪府大阪市中央区■■■■1-1-1			■■■■マンション101号室					
⑦ 申請者の住所（住民票）	<input checked="" type="checkbox"/> 居住地と同一※チェックしてください			居住地と異なる場合は、住民票住所を記入ください					
	〒 -			住民票住所が誤っているとマイナ保険証が利用できない場合がありますので、正しく記入ください。					
⑧ 申請者の連絡先	電話番号（自宅） ●●-●●●●-●●●●			連絡の取れる電話番号を必ず記入ください。					
	（携帯） ×××-××××-××××								
⑨ 勤務していた事業所名・所在地	(名称) ■■■工業株式会社			不明な場合は空白で提出してください。					
	(所在地) 大阪府大阪市北区■■■2-2-2								
⑩ 資格喪失年月日	退職した日の翌日を記入してください			⑪ 喪失時の標準報酬月額		300 千円			
	令和 7年 2月 21日								
⑫ 保険料納付方法	①. 毎月納付      2. 一年度前納      3. 半期前納 ※保険料を前納する場合、資格取得年月日の属する月の月末までに納めていただく必要がありますので、ご申請される時期によっては前納が出来ない場合があります。								
⑬ 被扶養者申請の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無      (被扶養者申請が有る場合は、異動申請書類を添付してください。)								
⑭ 資格確認書の交付要否	<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 ※資格確認書を交付できる対象者については裏面「9. その他」をご確認ください。 ※資格確認書の交付が必要な方のみ口にて✓を付してください。記入がない場合は交付しません。 ※「念のため資格確認書を持っておきたいから」という申請理由で交付することはできません。								

太枠線内①～⑬を記入ください。

は空欄で提出してください。⑭は該当する場合のみご記入ください。

※健康保険任意継続を申請される場合は、本紙『注意事項』ならびに次ページ『健康保険任意継続被保険者制度の加入について』をご確認の上お手続きください。

## 【健康保険組合使用欄】

資格欄	取得年月日	年	月	日
	喪失年月日	年	月	日

標準報酬月額	千円
月額保険料	円

被保険者証番号	
---------	--

月分 現金・請求(納) (月 日)
-------------------

請求の場合： 月 日 入金有 ( )

お知らせ・確認書等： 月 日 発送

受付日付印