

## 記入例

## 健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	担当

※資格喪失の日から20日以内に申請し、保険証または資格確認書の返却をしてください。

退職日まで被保険者期間が継続して2ヶ月以上必要です。加入できるのは最長2年間です。

太 株 内	被保険者等	記号	999	番号	9999	任意継続被保険者等記号・番号	800 -	
	会社名	イビデン			社員番号	666666		
	氏名	健保 太朗			生年月日	令和・平成・令和 ○年○月○日		
	資格取得日(入社日)	昭・平・令 ○年○月○日			資格喪失日(退職日の翌日)	令和 ○○年○月○日		
被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	退職後住所	〒 503 - 0916			自宅 TEL( 0584 ) 81 - 3124	資格確認書発行要否	発行が必要	
	電話番号	大垣市日の出町1-1			携帯 TEL( ) -		<input type="checkbox"/>	
保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	フリガナ氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	同居 別居	収入の有無 年間収入換算額	資格確認書発行要否
	ケンポ ハナコ	妻	男女	昭・平・令 52年 5月 1日	41	同居	有・無 800,000 円/年	発行が必要
	健保 花子		男女	昭・平・令 15年 7月 1日	15	別居	有・無 円/年	<input type="checkbox"/>
	ケンポ ジロウ	長男	男女	昭・平・令 15年 7月 1日	15	同居	有・無 円/年	発行が必要
	健保 次郎		男女	昭・平・令 13年 8月 1日	13	別居	有・無 円/年	<input type="checkbox"/>
	ケンポ サブロウ	二男	男女	昭・平・令 13年 8月 1日	13	同居	有・無 円/年	発行が必要
健保 三郎	男女		昭・平・令 年 月		別居	有・無 円/年	<input type="checkbox"/>	
保険料の納付方法	毎月	1.自動振替：毎月27日に自動的に別途「預金口座振替依頼書」を記						マイナ保険証をお持ちの方はチェック不要です。お持ちでない方は資格確認書を作成するのでレ点をしてください。
		2.毎月振込：毎月10日(休日の場合翌日)までに振込してください。						
		3.現金納付：毎月10日(休日の場合翌日)までに健康保険組合までお持ちください。						
	前納	4-1.半期(4月～9月、10月～3月)：納付書に従って月末までに振込してください。						
		4-2.全期(4月～3月)：						
	↑○をつけて振込・納付のない場合は、資格喪失となります。「健康保険資格喪失証明書」を郵送いたしますので国民健康保険加入時に提示ください。							
	※保険料を一旦納めた後、以下に該当した場合は還付請求書の提出により還付いたします。ただし、任継取得の最初の月に①②の事由が発生した場合は、還付できません。							
	①被保険者が再就職により新たに健康保険の被保険者となったとき							
	②被保険者本人が死亡したとき							
還付金振込先	十六	銀行	本店	預金種目	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
		信用金庫	大垣	支店				
		農協	出張所					
	銀行コード	0 1 5 3	支店コード	2 1 6				
	口座名義	カタカナで記入			ケンポ タロウ			
	本人名義のみ				ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入ください。			

健 保 組 合 使 用 欄	決定後標準報酬月額	千円	喪失時	千円	資格取得年月日	令和 年 月 日
			平均	千円	任継資格喪失予定	令和 年 月 日
	納付保険料額	円/月	一般・調整	円/月	任継資格喪失日	令和 年 月 日
			介護	円/月	喪失事由	
	納付方法	<毎月> 振替 振込 現金 <前納> 半期 全期			<input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 保険料未納 <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <input type="checkbox"/> その他(申出)	
	自動振替開始年月日	令和 年 月 日	月分から		付 年 月 日 受	
	特記事項					