

常務理事	事務長	課長	係長	係	任意継続の 資格取得日	年 月 日	記号番号	3000-
					任意継続の 満了予定日	年 月 日	喪失時標準報酬月額	千円
							決定時標準報酬月額	千円

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

申 出 者	資格喪失時の健康保険 被保険者証の記号番号	-	資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失日	令和	年 月 日	
	個人番号(被保険者証の記号・番号を記入した場合は、不要です)								
	資格喪失の際 使用されていた事業所の	所在地							
		名称							
	氏 名	(フリガナ)	生年月日		昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男・女	
住 所	〒			TEL ()					
保険料の納付方法		<input type="checkbox"/> 毎月納付	<input type="checkbox"/> 半期前納	<input type="checkbox"/> 全期前納	※申出後、納付方法を変更する場合は速やかにご連絡ください。				

健康保険 被扶養者届

- 被扶養者認定時以外にも、個人番号(マイナンバー)を利用して、所得や年金の情報を市町村から取得することがあります。
 年末調整や確定申告は、提出年の1月1日時点でお住まいの市町村で行っているため、提出年の1月1日時点と現住所と異なる場合は
 住所欄にご記入ください。なお、大学生などの学生のかたは「学生証」(写し)を添付してください。

被 扶 養 者	氏 名	(フリガナ)	生 年 月 日	性 別	続 柄	職 業	1カ月平均収入	同居別居の別	
			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		円	同居・別居	
	1	提出年の1月1日の住所	同上(申請者と同じ)・異なる場合は下の欄にご記入ください						
		〒			都 道 府 県				
	個人番号(被保険者の在職時から被扶養者となっている場合は、不要です)								
	氏 名	(フリガナ)	生 年 月 日	性 別	続 柄	職 業	1カ月平均収入	同居別居の別	
			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		円	同居・別居	
	2	提出年の1月1日の住所	同上(申請者と同じ)・異なる場合は下の欄にご記入ください						
		〒			都 道 府 県				
	個人番号(被保険者の在職時から被扶養者となっている場合は、不要です)								
	氏 名	(フリガナ)	生 年 月 日	性 別	続 柄	職 業	1カ月平均収入	同居別居の別	
			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		円	同居・別居	
3	提出年の1月1日の住所	同上(申請者と同じ)・異なる場合は下の欄にご記入ください							
	〒			都 道 府 県					
個人番号(被保険者の在職時から被扶養者となっている場合は、不要です)									

◎注意事項

- この申出は、退職日までに継続して2ヶ月以上の被保険者期間があり、退職日の翌日から20日以内に行う必要があります。
- 加入可能期間は最大2年間です。ただし「保険料を納付期限までに納付しなかったとき」「健康保険等の被保険者になったとき」「被保険者が死亡したとき」「被保険者が後期高齢者医療制度に加入したとき」は2年を経過する前に資格を喪失します。
- その他扶養の事実を証明する書類を提出していただく場合がありますのでご了承ください。

受付年月日