

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

Application Form for Certification as Health Insurance Voluntarily and Continuously Insured Person

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	リーダー Leader	担当者 In Charge

※保険証発行の終了に伴い、保険証に代わり「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」を発行します。

* Since the issuance of health insurance cards has ended, we will issue an Eligibility Verification Certificate or Notice of Eligibility Information instead of a health insurance card.

1. 申請書情報 / Applicant information

◆ 退職後も引き続き武田薬品の健康保険に加入希望の方は、この申請書を健康保険組合へご提出ください。
Those wishing to maintain health insurance coverage with the Takeda Health Insurance Society after leaving employment should submit this Application Form to the Health Insurance Society.

申請書情報欄 Applicant information	退職前の被保険者の記号 および番号 Insured person's code/no. prior to leaving employment	記号番号 (保険証等を確認のうえ、ご記入ください) Code/no. (Check your health insurance card, etc. when filling out.)	新記号番号 (健保組合記入欄) New code/no. (to be filled out by the Health Insurance Society)	生年月日 (年齢) Date of birth (age)
	氏名 Name	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F	(年齢 歳) (Age: years) 年 月 日 (Y)/ (M)/ (D)
住所 Address	電話番号 (日中の連絡先) Tel. (Daytime contact no.)	都 道 府 県 Prefecture	メールアドレス Email address	

勤務していた事業所の名称 Name of previous employer establishment	資格喪失年月日 (退職日の翌日) Date of loss of eligibility (Day after date of leaving employment)	年 月 日 (Y) (M) (D)
---	---	----------------------

保険料の納付方法 Insurance premium payment method	保険料の納付方法について、希望する番号を選択してください。 Choose the number corresponding to your desired method for paying insurance premiums 1. 毎月納付 (Monthly payments) 2. 12 か月前納 (4~翌年3月分) (12-month advance payment (April-March)) 3. 6 か月前納 (4~9月および10~翌年3月分) (Six-month advance payment (April-September and October-March))	取引銀行 (健保組合より給付等の振込をする際の本人名義口座をご記入ください) Your bank (Enter an account in your name to which the Health Insurance Society can transfer insurance benefits.)	銀行 Bank 支店 Branch 普通・当座 NO. Ordinary / current deposit account no. 口座名義 (カナ) Account name (kana)
--	---	--	--

2. 健康保険 被扶養者届 / Health Insurance Dependents Notice

※申請する扶養家族のない方は、被扶養者届欄は記入不要です。

* Fill out the Health Insurance Dependents Notice only if you are applying to name one or more family members as dependents.

今回申請される被扶養者は在職中、武田薬品健保の扶養者ですか? (はい・いいえ) Were the dependents named below Takeda Health Insurance Society dependents while you were employed? (Y/N)	「はい」の方は添付書類は不要です。但し、マイナンバー未提出の方や確認事項がある場合は追加書類をいただくことがあります。 「いいえ」の方は健保組合ホームページをご覧のうえ認定申請に必要な書類を提出してください。 No documentation is required if you chose "Y." However, you may be asked to submit additional documents if you have yet to provide a dependent's Individual Number or if any information needs to be verified. If you chose "N," go to the Health Insurance Society website and submit the required documents.
---	--

◆ 在職中に認定を受けていた被扶養者で、任意継続資格取得時も扶養者となられる方について洩れなくご記入ください。

* Fill out the following section for all dependents certified while you were employed and who will continue to be dependents after you become a Voluntarily and Continuously Insured Person.

被扶養者届欄 Notices of dependent(s)	氏名 Name	生年月日 (年齢) Date of birth (age)	性別 Gender	続柄 Relationship	職業 Occupation	年間収入 Annual income	同居別居の別 Living together or separately?
	(氏) (Family name) / (名) (Given name)	(年齢 歳) (Age: years)	年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F			万円 man yen (× ¥10,000)
(氏) (Family name) / (名) (Given name)	(年齢 歳) (Age: years)	年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F			万円 man yen (× ¥10,000)	<input type="checkbox"/> 同居 Living together <input type="checkbox"/> 別居 Living separately
(氏) (Family name) / (名) (Given name)	(年齢 歳) (Age: years)	年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F			万円 man yen (× ¥10,000)	<input type="checkbox"/> 同居 Living together <input type="checkbox"/> 別居 Living separately
(氏) (Family name) / (名) (Given name)	(年齢 歳) (Age: years)	年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F			万円 man yen (× ¥10,000)	<input type="checkbox"/> 同居 Living together <input type="checkbox"/> 別居 Living separately
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。 Enter the spouse's annual income if the spouse will not be a dependent of the applicant.							万円 man yen (× ¥10,000)

3. 留意事項 (内容を確認後、口に「レ」を入れてください。) / Notes: Read the note and check the box.

① 任意継続制度に加入される方は、健保 HP を参照のうえ、退職後 20 日以内に武田薬品健保へ提出してください。 ② 任意継続の保険料は納付書に記載された納付期限までに振り込みください。納付期限までに振り込みができなかった場合は資格喪失となります。 <input type="checkbox"/> ②について了解しました。 ①Those planning to join the system for Voluntarily and Continuously Insured Persons should go to the Takeda Health Insurance Society website and submit this form to the Takeda Health Insurance Society within 20 days after leaving employment. ②Remit the insurance premium for Voluntarily and Continuously Insured Persons by the due date indicated on the payment statement. <input type="checkbox"/> You will lose eligibility if you fail to remit the insurance premium by the due date. * I understand Note ② above. * Read the note and check the box.
--

- 健保組合処理欄 -		
資格喪失時の標準報酬月額:	等級	万円
保険料納付書発行:		
資格確認書発行・送付 (枚):		
資格情報のお知らせ発行・送付 (枚):		