

記入例 Example

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

◆ 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.

申請者情報欄 Applicant Information	退職前の被保険者証の記号および番号 Health insurance card code/no. prior to leaving employment	記号番号 (被保険者証を確認の上ご記入ください) Code/no. (Check your health insurance card when filling out.)	生年月日 (年齢) Date of birth (age)
	氏名 Name	新記号番号 (健保組合記入欄) New code/no. (to be filled out by the Health Insurance Society)	(年齢 ○○ 歳) (Age: years) ○○○○年○○月○○日 (Y)/(M)/(D)
	住所 Address	性別 Gender	メールアドレス Email address
	電話番号 (日中の連絡先) Tel. (Daytime contact no.)		

勤務していた事業所の名称 Name of previous employer establishment	Takeda Pharmaceutical Company Limited
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	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
	1. 毎月納付 (Monthly payments) 2. 12か月前納 (4~翌年3月分) payment (April-March) 3. 6か月前納 (4~9月および10~翌年3月分) payment (April-September and October-March)		普通	当座 NO.
			口座名義 (カナ) Account name (kana)	

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、以下の欄は記入不要です。

Fill out the following section 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、武田健保の扶養者ですか? 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 <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> F			万円 man yen (× ¥10,000)	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 Living together <input type="checkbox"/> 別居 Living separately
	Kenpo	Hanako			Wife	Part time	72	
	Kenpo	Ichiro			Eldest son	University student		

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.

【留意事項】 Notes:

- 在職中の保険証は必ず事業所人事担当へ返却してください。
- 任意継続制度に加入される方は、退職後20日以内に武田健保へ提出してください。
- 40歳以上の方は年に1度の健診受診が義務付けられています。KENPOS利用者は、退職後に利用されるメールアドレスに登録変更を行ってください。(KENPOSからはメール受信ができなくなります。)
- Be sure to return your health insurance card(s) from your time employed to the section of your company responsible for human resources.
- Those planning to join the Voluntarily and Continuously Insured Persons system should submit this form to the Takeda Health Insurance Society within 20 days after leaving employment.
- Those aged 40 and older are required to undergo annual health examinations. If you are a KENPOS user, please register the email address you will use after you leave your employer. (Former employees will no longer be able to receive email from KENPOS at their work email address.)

- 健保組合処理欄 -

資格喪失時の標準報酬月額:	等級	万円
資格取得・保険料納付書発行:		
保険証発行・送付 (枚)		