

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	リーダー	担当者

※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

1. 申請者情報

◆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

申請者情報欄	退職前の被保険者 記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇〇	新記号番号 (健保組合記入欄) 91 -	生年月日 (年齢) <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 (年齢 〇〇 歳) <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	メールアドレス taro_kenpo@gmail.com
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 673 - 0001) 兵庫 都道 府 県 明石市〇〇町1-2-3-101		
勤務していた 事業所の名称	武田薬品工業株式会社	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
保険料の 納付方法	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 1. 毎月納付 2. 12 か月前納 (4 ~ 翌年 3 月分) 3. 6 か月前納 (4 ~ 9 月および 10 ~ 翌年 3 月分)	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)	三井住友 銀行 梅田 支店 普通・当座 NO.7654321 口座名義 (カナ) ケンポ タロウ	

2. 健康保険 被扶養者届 ※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。

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)	「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。
---	---

◆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被扶養者となられる方について洩れなくご記入ください。

氏名	生年月日 (年齢)	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
(フリガナ) ケンポ ハナコ (氏名) 健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 (年齢 〇〇 歳) <input type="checkbox"/> 平成 〇〇月 〇〇日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	パート	72 万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) ケンポ イチロウ (氏名) 健保 一郎	<input type="checkbox"/> 昭和 (年齢 〇〇 歳) <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇月 〇〇日 <input type="checkbox"/> 令和	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	長男	大学生	万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) _____ (氏名) _____	<input type="checkbox"/> 昭和 (年齢 歳) <input type="checkbox"/> 平成 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) _____ (氏名) _____	<input type="checkbox"/> 昭和 (年齢 歳) <input type="checkbox"/> 平成 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

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。 万円

3. 留意事項 (内容を確認後、□に「レ」を入れてください。)

- 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。
- ②について了解しました。

—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)	: