

健康保険法第118条第1項 **被保険者  
被扶養者** 該当・非該当届 **任意継続被保険者記入用**

記入方法等については、記入例をご確認ください。

被 保 険 者 情 報	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
	記号・番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 - ) 都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )				

**!** 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号(マイナンバー)は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。

※被扶養者情報は、被扶養者が法第118条第1項に該当または非該当となるときに、記入してください。

被 扶 養 者 情 報	氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

共 通 項 目	該当・非該当の別	<b>該当 ・ 非該当</b>				
	該当・非該当の年月日	年	月	日		
		令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	該当・非該当の事由					
備考						

※送付希望先は、上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に健康保険法第118条第1項該当・非該当通知書の送付を希望する場合にご記入ください。

送 付 希 望 先	住所	(〒 - ) 都 道 府 県
	宛名	
	電話番号	TEL ( )

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(2026.6)  
受付日付印