

# 記入のポイント 任継 資格取得申出書 (表面)

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

1

2

ページ



不明の場合は記入不要

た後も、引き続き個人で健康保険に加入する場合にご使用ください。なお、提出期限は、退職日の翌日から  
※添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

|                              |   |              |                     |   |  |
|------------------------------|---|--------------|---------------------|---|--|
| 勤務していたときに加入していた<br>都道府県支部    | 支部  | 提出日<br>(投函日) | 年                   | 月 | 日  |
| 勤務していたときに<br>使用していた<br>記号・番号 | 記号 (左づめ)  | 番号 (左づめ)     | 生年月日                |   |  |
| 個人番号<br>(マイナンバー)             | <p>原則、<b>記入不要</b><br/>記入するとの確認書類<br/>(マイナンバーカードのコ<br/>ピー等)が必要</p> |              |                     |   |  |
| 氏名<br>(カタカナ)                 | <p>前と名の順は1マス空けてご記入ください。濁点「・」、半濁点「ヽ」は1字としてご記入ください。</p>             |              |                     |   |  |
| 氏名                           |   |              |                     |   | 性別 <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女 |
| 郵便番号<br>(ハイフン除く)             |   |              | 電話番号<br>(左づめハイフン除く) |   |  |
| 住所                           | <p>郵便</p>   |              |                     |   |  |

退職日の「翌日」の日付

|   |  |     |   |
|---|--|-----|---|
| 勤務していた事業所                                   | 名称   | 所在地 |   |
| 資格喪失年月日<br>(退職日の翌日)                         | 年  | 月   | 日 |
| 保険料の納付方法<br><small>※希望する番号をご記入ください。</small> | <input type="checkbox"/> 1. 口座振替 (毎月納付のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 2. 毎月納付 <input type="checkbox"/> 3. 6か月前納 <input type="checkbox"/> 4. 12 |     |   |

「依頼書」の用紙は後日  
こちらから送付します。

|                        |   |                                  |   |
|------------------------|---|----------------------------------|---|
| 事業主記入用 ※任意             |   | この欄をご記入いただくことで、お手続きが早くなる場合があります。 |   |
| 勤務していた方の<br>氏名(カタカナ)   | <p>前と名の順は1マス空けてご記入ください。濁点「・」、半濁点「ヽ」は1字としてご記入ください。</p> |                                  |   |
| 資格喪失年月日<br>(退職日の翌日)    | 年   | 月                                | 日 |
| 上記の記入内容に誤りのないことを説明します。 |   |                                  |   |
| 事業所所在地                 |   |                                  |   |
| 事業所名称                  |   |                                  |   |
| 事業主氏名                  |   |                                  |   |
| 電話番号                   |   |                                  |   |

この欄は事業主から記入を受けてください。

- \*記入がなくても提出できます。
- \*この欄の記入の代わりに、退職証明書・離職票  
写し等の添付も可。

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄

被扶養者がいる場合は  
2ページ目に貼ります。 >>>

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

|                 |                          |  |                          |                                  |                          |   |
|-----------------|--------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---|
| MN確認<br>(被保険者)  | <input type="checkbox"/> | 1. 記入有 (即付あり)<br>2. 記入有 (即付なし)<br>3. 記入無 (即付あり)                  | 資格喪失日                    | 年                                | 月                        | 日   |
| 同時申請            | <input type="checkbox"/> | 1. 新保険 <input type="checkbox"/> 1. 退職認定 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. 特定疾病 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. 口座振替 <input type="checkbox"/> 1. 資格確認書 |
| 2 0 0 1 1 1 0 3 | その他                      | <input type="checkbox"/>   | 1. その他<br>2. 4名以上        | (印)                              | 枚数                       | <input type="checkbox"/>                  |

受付日付印

# 記入のポイント 任継 資格取得申出書（裏面）

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書【被扶養者届】

1

2

ページ



被保険者氏名

氏名 (カタカナ:姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)

生年月日 性別 続柄 職業 収入(年間)

マイナンバー 同居・別居の別 仕送額(年間) 仕送回数(年間) 海外在住の場合はその理由

住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)

〒 都 道 府 県

**マイナンバーを必ず記入**

氏名 (カタカナ:姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)

生年月日 性別 続柄 職業 収入(年間)

マイナンバー 同居・別居の別 仕送額(年間) 仕送回数(年間) 海外在住の場合はその理由

住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)

〒 都 道 府 県

氏名 (カタカナ:姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)

生年月日 性別 続柄 職業 収入(年間)

マイナンバー 同居・別居の別 仕送額(年間) 仕送回数(年間) 海外在住の場合はその理由

住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)

〒 都 道 府 県

こちらを選択した場合、添付書類不要ですが、何らかの事由で情報を取得できない場合は、添付書類が必要になる場合があります。(この場合、書類を一旦返戻させていただきます。お急ぎの場合は、下の「希望しない」に☑のうえ、お手続きに必要な添付書類をあらかじめ同封ください。)

収入状況について、マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合、郵便番号を記入

どこからかを必ず記入

収入状況について、マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合、☑する

被扶養者 1 2 3

マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。

以下は、協会使用欄のため、記入しないください。

被扶養者3

仕送額(万円)

こちらを選択した場合、原則として添付書類が必要です。(添付書類につきましては、「記入の手引き」3ページをご確認ください。)