

# 記入のポイント 任意継続被保険者資格取得申出書（1ページ）

1 2 ページ

取

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

退職などで健康保険の資格がなくなった後も、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20日以内（必着）です。記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

|                                    |                                                                                                                                                |         |                         |          |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|----------|
| 在職時に加入していた都道府県支部                   |                                                                                                                                                | 支部      | 提出日<br>(投函日)            | 令和 年 月 日 |
| 在職時の<br>記号・番号                      | 記号（左づめ）                                                                                                                                        | 番号（右づめ） | 生年月日                    |          |
|                                    |                                                                                                                                                |         | 1. 昭和<br>2. 平成<br>3. 令和 | 年 月 日    |
| 被保険者情報                             | 氏名<br>(カタカナ)                                                                                                                                   |         |                         |          |
|                                    | 氏名<br>(漢字)                                                                                                                                     |         |                         |          |
|                                    | 性別 <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女                                                                                 |         |                         |          |
|                                    | 郵便番号<br>(ハイフン除く)                                                                                                                               |         |                         |          |
|                                    | 住所                                                                                                                                             |         |                         |          |
| 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)                | 令和 年 月 日                                                                                                                                       |         |                         |          |
| 保険料の納付方法<br>※希望する番号をご記入ください。       | <input type="checkbox"/> 1. 口座振替（毎月納付のみ） <input type="checkbox"/> 2. 毎月納付 <input type="checkbox"/> 3. 6か月前納 <input type="checkbox"/> 4. 12か月前納 |         |                         |          |
| 口座振替を希望される方は、別途、「口座振替依頼書」の提出が必要です。 |                                                                                                                                                |         |                         |          |

初回の前納については、提出日によって取り扱いが  
できない場合があります

退職日の「翌日」の日付

口座振替依頼書は後日資格情報の  
お知らせと一緒に送付します

### 事業主が記入

※記入がなくても提出できますが、任意継続の加入が遅くなる場合があります。  
(この欄の記入の代わりに、退職証明書・雇用保険の離職票の写し等の添付でも可)

被扶養者がある場合は2ページ目に続きます。 >>>

原則記入不要  
記入すると確認書類が必要

被保険者の記号・番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。  
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

記入不要

受付日付印

(2024.12)

1 / 2

# 記入のポイント 任意継続被保険者資格取得申出書（2ページ）

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 **取**

被保険者氏名 **被保険者(本人)の名前**

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 婚姻 扶養 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

被扶養者の収入状況について、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(添付書類は不要ですが、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ります。この場合、書類を一旦お返し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添付してください。)

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、記入しないでください。

2 0 0 2 1 1 0 1 被扶養者3

全国健康保険協会 協会けんぽ 2/2

どちらかを必ず記入

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、チェック☑する  
※16歳以上の被扶養者は収入が確認できる書類が必要です。