



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。

被保険者情報	勤務していたときに加入していた 都道府県支部		支部	提出日 (投函日)	令和	年	月	日	
	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)							
	在職時の 記号・番号								
	個人番号 (マイナンバー)								
	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。								
氏名					性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女			
郵便番号 (ハイフン除く)				電話番号 (左づめハイフン除く)					
住所	都 道 府 県								

勤務していた事業所	名称	所在地
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
保険料の納付方法 ※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 <div style="margin-top: 10px;">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。</div>	

健康保険 資格喪失証明欄	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 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。														
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日													
	上記の記入内容に誤りのないことを証明します。														
	事業所所在地	令和	年	月	日										
事業所名称															
事業主氏名															
電話番号															

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。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり)	資格喪失日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	受付日付印							
同時申請	<input type="checkbox"/>	1. 限度額	<input type="checkbox"/>	1. 減額認定				<input type="checkbox"/>	1. 特定疾病	<input type="checkbox"/>	1. 口座振替	<input type="checkbox"/>
2 0 0 1 1 1 0 3			その他	<input type="checkbox"/>	1. その他 2. 4名以上		(理由)	枚数	<input type="checkbox"/>			

④



全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)