

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

電子申請用

取

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	
	在職時の 記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日							
	個人番号 (マイナンバー)				記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)						
	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 年 月 日	
保険料の納付方法 ※希望する番号をご記入ください。	1. 口座振替(毎月納付のみ) 2. 毎月納付 3. 6か月前納 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。	

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 年 月 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) <input type="checkbox"/> 2. 記入有(添付なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入無(添付あり)	資格喪失日	令和 年 月 日
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"/> 1. 資格確認書	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 2. 4名以上 (理由)
2 0 0 1 1 1 0 3		枚数	

受付日付印

⑤



全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)