


記入例 健康保険法第118条第1項該当・非該当届

訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して正しい内容をご記入ください。

1 被保険者が健康保険法第118条第1項に該当したための申請の場合は「被保険者」に○をしてください。被扶養者が該当したための申請の場合は「被扶養者」に○をしてください。

2 被保険者証に記載されている記号・番号を記入してください。



3 被扶養者が該当または非該当となった場合のみ記入してください。

4 該当もしくは非該当となった年月日を記入してください。

5 該当もしくは非該当となった事由を記入してください。

6 自宅での「健康保険法第118条第1項該当・非該当通知書」の受け取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。

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

記入方法については、記入例をご確認ください。
申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入してください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

| | | | | | | |
|------------------|--------------------------------------|--|---|---|---|---------|
| 被保険者情報 | 記号 (左つめ) | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 5 0 0 0 0 0 0 1 3 1 0 0 0 0 0 0 1 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | 0 | 1 | 0 5 1 0 |
| | 氏名 | (フリガナ) ニンケイ タロウ 任継 太郎 | | | | |
| | 住所 | (〒105-0000) 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション101 | | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 090 (0000) 0000 | | | | | |

※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 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | |

| | | | | | |
|------|------------|----------------|---|---|--|
| 共通項目 | 該当・非該当の別 | 該当・非該当 | | | |
| | 該当・非該当の年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 該当・非該当の事由 | 令和 0 4 0 6 0 1 | | | |
| | 備考 | 刑事施設に収容されたため | | | |

※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 | (〒134-0000) 東京 江戸川区 □□ 1-1 ◇◇マンション101 | | | |
| | 宛名 | 健保 花子 | | | |
| | 電話番号 | TEL 080 (0000) 0000 | | | |
| | | | | | |

| | |
|-------------------|-------------------|
| 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 | (2022.6) 受付日付印 |
|-------------------|-------------------|