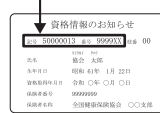


**1** 被保険者が健康保険法第118条第1項に該当したための申請の場合は「被保険者」に○をしてください。被扶養者が該当したための申請の場合は「被扶養者」に○をしてください。

**2** 資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。  
※枝番は記入不要です。



資格情報のお知らせ

**3** 被保険者のマイナンバーは、**1**の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。  
なお、被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です(※1)。本人確認書類貼付台紙(※2)に、**ア**の両方を貼付のうえ、申請書に添付してください。

**ア** 身元確認を行うための書類(いずれか1点)  
・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

**イ** 番号確認を行うための書類(いずれか1点)  
・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

(※1) 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。  
(※2) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

**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

記入方法等については、記入例をご確認ください。

被保険者情報	<b>2</b>	記号 記号・番号(左づめ)	<b>1</b>	番号	生年月日 年 月 日	
		5 0 0 0 0 0 1 3		9 9 9 9 × × ×	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6 1 0 1 2 2	
	<b>3</b>	個人番号 (マイナンバー)	<small>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。)</small>			
<small>(フリガナ) ニンケイ タロウ</small> 氏名 <b>任 継 太 郎</b>						
住所 (〒105-0000) <b>東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション101</b>						
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	<b>4</b>	氏名	生年月日 年 月 日			
			<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 <b>該当</b> ・ 非該当					
	<b>5</b>	該当・非該当の年月日	令和	0 6 0 6 0 1		
	該当・非該当の事由 <b>6</b>		刑事施設に収容されたため			
	備考					
※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	<b>7</b>	住所	(〒134-0000) 東京 江戸川区 〇〇 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		(2024.12) 受付日付印				

**4** 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。

**5** 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。

**6** 該当もしくは非該当となった事由を記入してください。

**7** 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。

