

健康保険法第118条第1項該当・非該当届

記入見本	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ア	イ	ウ
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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。

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。



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。

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。

②①の両方を本人確認書類貼付台紙（※）に、貼付のうえ、申請書に添付してください。

⑦ 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

① 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、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

(※) 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。

なお、代理人（被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人）が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は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等に定められています。

健康保険法第118条第1項

被保険者
被扶養者

1
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	2 記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
	記号・番号	50000013	9999	×	×	×
	3 個人番号 (マイナンバー)					
	氏名	(フリガナ) キョウカイ タロウ				
	住所	〒105-0000	東京	都	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	4	氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		

共通項目	該当・非該当の別	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 該当 ・ 非該当 </div>	
	該当・非該当の年月日	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-right: 10px;">5</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> 年月日 </div> </div>	
	令和	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> 0 6 0 6 0 1 </div> </div>	
	該当・非該当の事由	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-right: 10px;">6</div> 刑事施設に収容されたため </div>	
	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	7	(〒134-0000)	
	住所	東京  道: 江戸川区 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-1   マンション101	
	宛名	協会 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



1 / 1

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。

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。

該当もしくは非該当となった事由を記入してください。

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。