

# 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。

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	

<b>健康保険 資格喪失証明 欄</b>	<b>事業主記入用 ※任意</b>		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)		<input type="text"/>											
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)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"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/>	月 <input type="text"/> <input type="text"/>	日 <input type="text"/>	令和 <input type="text"/>	年 <input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>				
	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														
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	被扶養者がいる場合は 2ページ目に続きます。>>>
-----------------------	------------------------------

————— 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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 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		
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="text"/> <input type="text"/>

# 健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書【被扶養者届】

1

2

ページ

取

被保険者氏名

被扶養者情報1		氏名		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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。)											
生年月日		性別		続柄		職業		収入(年間)							
<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和		<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女		<input type="checkbox"/> 1.配偶者 <input type="checkbox"/> 2.配偶者(未届) <input type="checkbox"/> 3.実子・養子 <input type="checkbox"/> 4.3以外の子 <input type="checkbox"/> 5.父母・養父母 <input type="checkbox"/> 6.義父母 <input type="checkbox"/> 7.兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 8.祖父母 <input type="checkbox"/> 9.曾祖父母 <input type="checkbox"/> 10.孫 <input type="checkbox"/> 11.その他( )		<input type="checkbox"/> 1.無職 <input type="checkbox"/> 2.パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 3.年金受給者 <input type="checkbox"/> 4.中学生以下 <input type="checkbox"/> 5.高・大学生 <input type="checkbox"/> 6.その他( )		<input type="checkbox"/> 1.収入なし <input type="checkbox"/> 2.130万円未満 <input type="checkbox"/> 3.130万~180万円未満 <input type="checkbox"/> 4.180万円以上							
マイナンバー		同居・別居の別		仕送額(年間)		仕送回数(年間)		海外在住の場合はその理由							
		<input type="checkbox"/> 1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居		<input type="checkbox"/> 1.場合 <input type="checkbox"/> 2.場合		<input type="checkbox"/> 1.場合 <input type="checkbox"/> 2.場合		<input type="checkbox"/> 1.留学 <input type="checkbox"/> 2.同行家族 <input type="checkbox"/> 3.特定活動 <input type="checkbox"/> 4.海外婚姻等 <input type="checkbox"/> 5.その他( )							
住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)		都 道		府 県		備考									

被扶養者情報2		氏名		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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。)											
生年月日		性別		続柄		職業		収入(年間)							
<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和		<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女		<input type="checkbox"/> 1.配偶者 <input type="checkbox"/> 2.配偶者(未届) <input type="checkbox"/> 3.実子・養子 <input type="checkbox"/> 4.3以外の子 <input type="checkbox"/> 5.父母・養父母 <input type="checkbox"/> 6.義父母 <input type="checkbox"/> 7.兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 8.祖父母 <input type="checkbox"/> 9.曾祖父母 <input type="checkbox"/> 10.孫 <input type="checkbox"/> 11.その他( )		<input type="checkbox"/> 1.無職 <input type="checkbox"/> 2.パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 3.年金受給者 <input type="checkbox"/> 4.中学生以下 <input type="checkbox"/> 5.高・大学生 <input type="checkbox"/> 6.その他( )		<input type="checkbox"/> 1.収入なし <input type="checkbox"/> 2.130万円未満 <input type="checkbox"/> 3.130万~180万円未満 <input type="checkbox"/> 4.180万円以上							
マイナンバー		同居・別居の別		仕送額(年間)		仕送回数(年間)		海外在住の場合はその理由							
		<input type="checkbox"/> 1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居		<input type="checkbox"/> 1.場合 <input type="checkbox"/> 2.場合		<input type="checkbox"/> 1.場合 <input type="checkbox"/> 2.場合		<input type="checkbox"/> 1.留学 <input type="checkbox"/> 2.同行家族 <input type="checkbox"/> 3.特定活動 <input type="checkbox"/> 4.海外婚姻等 <input type="checkbox"/> 5.その他( )							
住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)		都 道		府 県		備考									

被扶養者情報3		氏名		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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。)											
生年月日		性別		続柄		職業		収入(年間)							
<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和		<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女		<input type="checkbox"/> 1.配偶者 <input type="checkbox"/> 2.配偶者(未届) <input type="checkbox"/> 3.実子・養子 <input type="checkbox"/> 4.3以外の子 <input type="checkbox"/> 5.父母・養父母 <input type="checkbox"/> 6.義父母 <input type="checkbox"/> 7.兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 8.祖父母 <input type="checkbox"/> 9.曾祖父母 <input type="checkbox"/> 10.孫 <input type="checkbox"/> 11.その他( )		<input type="checkbox"/> 1.無職 <input type="checkbox"/> 2.パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 3.年金受給者 <input type="checkbox"/> 4.中学生以下 <input type="checkbox"/> 5.高・大学生 <input type="checkbox"/> 6.その他( )		<input type="checkbox"/> 1.収入なし <input type="checkbox"/> 2.130万円未満 <input type="checkbox"/> 3.130万~180万円未満 <input type="checkbox"/> 4.180万円以上							
マイナンバー		同居・別居の別		仕送額(年間)		仕送回数(年間)		海外在住の場合はその理由							
		<input type="checkbox"/> 1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居		<input type="checkbox"/> 1.場合 <input type="checkbox"/> 2.場合		<input type="checkbox"/> 1.場合 <input type="checkbox"/> 2.場合		<input type="checkbox"/> 1.留学 <input type="checkbox"/> 2.同行家族 <input type="checkbox"/> 3.特定活動 <input type="checkbox"/> 4.海外婚姻等 <input type="checkbox"/> 5.その他( )							
住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)		都 道		府 県		備考									

お勤めになっていたときから引き継ぎ扶養となる方の収入状況は、マイナンバーを利用した情報照会により確認を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。  
 【提出月が1月~7月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 【提出月が8月~12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

被扶養者 郵便番号	被扶養者 1		被扶養者 2		被扶養者 3
--------------	-----------	--	-----------	--	-----------

希望しない  マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、□を入れてください。  
 希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

被扶養者1	被扶養者2	被扶養者3	続柄	収入(万円)	同居	仕送額(万円)

2 0 0 2 1 1 0 3



全国健康保険協会  
協会けんぽ