

# (新様式) 記入のポイント 任継 資格取得申出書 (表面)



## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

不明の場合は記入不要

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、退職日の翌日から起算し、提出書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

勤務していたときに使用していた被保険者証の発行都道府県支部	文部	提出日 (投函日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
勤務していたときに使用していた被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
被保険者氏名	氏名 (カタカナ)		性別 <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
住所	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)	

退職日の「翌日」の日付

「依頼書」の用紙は後日こちらから送付します。

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	<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	

事業主記入用 ※任意		この欄をご記入いただくことで、被保険者証の交付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)	氏と名の間は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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
上記の記入内容に誤りが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		

・この欄は事業主から記入を受けてください。  
 \*記入がなくても提出できます。  
 \*この欄の記入の代わりに、退職証明書・離職票写し等の添付も可。

被扶養者がいる場合は2ページ目に続きます。>>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

原則、記入不要

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. 記入済 (添付あり) <input type="checkbox"/> 2. 記入済 (添付なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入済 (添付あり)	資格喪失日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
同時申請	<input type="checkbox"/> 1. 併願願 <input type="checkbox"/> 1. 異業種認定 <input type="checkbox"/> 1. 特定期間 <input type="checkbox"/> 1. 口座振替	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由) <input type="checkbox"/> 2. 4名以上
2 0 0 1 1 1 0 1		枚数	<input type="text"/>

記入すると確認書類が必要

# (新様式) 記入のポイント 任継 資格取得申出書 (裏面)

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



被保険者氏名

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(゜)、半濁点(ぢ)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)

マイナンバー 戸籍・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

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。)

〒 部 道 府 県

マイナンバーを必ず記入

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(ぢ)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)

マイナンバー 戸籍・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

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。)

〒 部 道 府 県

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(ぢ)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)

マイナンバー 戸籍・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

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。)

〒 部 道 府 県

こちらを選択した場合、添付書類不要ですが、何らかの事由で情報を取得できない場合は、添付書類が必要になる場合があります。(この場合、書類を一旦返戻させていただきます。お急ぎの場合は、下の「希望しない」に☑のうえ、お手続きに必要な添付書類をあらかじめ同封ください。)

どちらかを必ず記入

収入状況について、マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合、郵便番号を記入

被扶養者 1 被扶養者 2 被扶養者 3

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。

収入状況について、マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合、☑する

2 0 0 2 1 1 0 1 被扶養者3

こちらを選択した場合、原則として添付書類が必要です。(添付書類につきましては、「記入の手引き」3ページをご確認ください。)