

任意継続被保険者資格取得 兼 被扶養者申請書

申請日：令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号	氏名	性別	生年月日	年齢
—	(フリガナ) 印	男 女	昭和・平成 年 月 日	才
住所			電話番号	
〒 —			自宅	— —
			携帯	— —
資格取得年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	退職時の 標準報酬月額	千円	
退職時の所属事業所				
保険料納付方法	月払い・前納 ※振込手数料は、ご自身でご負担下さい	退職時の 月額保険料	介護保険料： 有・無 円	
健保からの給付金等、振込口座(ご本人名義の口座に限る)				
銀行コード		支店コード	口座番号(右詰め記入)	
銀行		支店(出張所)		普通
※ゆうちょ銀行の場合【振込用】店番号・口座番号をご記入ください				

【被扶養者申請欄】 現在被扶養者認定されている方で、今回も被扶養者として申請する方のみ記入ください					
氏名	性別	生年月日	年齢 続柄	同居 有無	収入の有無
(フリガナ)	男	昭和・平成・令和 年 月 日	才	同居	有・無・学生
	女			別居	
(フリガナ)	男	昭和・平成・令和 年 月 日	才	同居	有・無・学生
	女			別居	

【資格を喪失するとき】

- 2年を経過(期間満了)したとき
- 再就職等により、健康保険の被保険者となったとき
- 保険料を納付期日までに納めなかったとき
- 被保険者が死亡したとき
- 被保険者が75歳に達したとき
- 資格喪失を申し出、健康保険組合が受理したとき(令和4年1月1日施行)

健保受付印
