健康保険　任意継続被保険者　資格取得申出書

提出期限
退職した翌日から 20日以内（健保必着）

※ 裏面の注意事項を必ずお読みください。
また、下記については特に重要事項ですので、十分ご理解のうえ記入願います。

- ☐ 任意継続被保険者の保険料は全額自己負担となり、原則、期間中（2年間）は変更ありません。
- ☐ 初回納付期限までに保険料を納付しなかった場合には、申出は取消しとなります。
- ☐ 納付期限までに保険料を納付しなかった場合には、翌日をもって資格喪失となります。

重要事項のチェック欄として、ご活用ください。

※太枠健保記入欄

使用していた健康保険	記号	○	○	番号	×	×	×	×	×	×	×	任継	90	番号			

押印不要のため、この届出を提出する際は、必ず記入してください
チェック漏れは受理出来ません

確認事項❶〈必須〉	◆チェック☑を入れてください。	
	☑	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認済で
確認事項❷〈該当者のみ〉	◆資格確認書の交付　（自動発行はされません）	重要
	☐	交付が必要な場合のみチェックをいれ、「資格確認書交付申請書」を添付してください。

フリガナ 氏　名	ゼンノウ　タロウ 全農　太郎	性別 (男)・女	生年月日	元号 昭	年 ○	月 ●	日 △	年齢	60

資格喪失後の住所を記入してください。

自宅住所 電話番号	〒	1	2	3	－	4	5	6	7
	フリガナ	トウキョウ							
	東京	(都)道府県	××	市(区)郡	△△	区(町)			
	フリガナ								
	1－2－3　健保マンション203								
	（自宅）	00 － 1111 － 2222	（携帯）	090 － 0000 － 1111					

日中連絡が取れる連絡先をご記入ください。

継続被扶養者の有無（○で囲って下さい）	◆「あり」の場合は、被扶養者異動届（継続）および添付書類等を合わせて提出ください。				
	(1)	あり	2	なし	※在籍時に扶養していた家族を引き続き扶養したい場合は、再審査となります。

保険料の納付方法（振込）（○で囲ってください）	◆ 前納は割引制度があります。 ◆ 資格喪失まで納付方法の途中変更は出来ません。					
	1	毎月納付（納付期限毎月10日）	(2)	6ヶ月前納（半期ごとに納付）	3	12ヶ月前納（年度ごとに納付）

ご注意下さい！

現金給付等振込口座（本人名義のみ）	◆ 保険料引落口座ではありません。現金給付等健保からの振込用です。													
	金融機関	○○	(銀行)信用金庫信用組合農協	金融機関コード	1	2	3	4	支店(本店)支所	店番号	1	2	3	
	預金種別	(普通)・（　　）	口座番号(右詰め)	1	2	3	4	5	6	7				

事業所名称	○ ○ ○ ○ ○ 株式会社		
所在地	東京都文京区　○－○－○		
資格喪失日（退職日の翌日）	令和 2 年 6 月 1 日	提出日	令和 2 年 6 月 5 日

※申出書は資格喪失後20日以内に健保必着です。健康保険法上、期日後の受理は出来ません。