

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証	記号 ○ ○ × × × × × × ×	番号 9 0	任継取得日
フリガナ 氏名	ゼンノウ タロウ 全農 太郎		性別 男・女 ● ○
	〒 1 2 3 - 4 5 6 7	フリガナ トウキョウ	生年月日 昭 ○ ● △ 年齢 60
自宅住所	東京 都道府県 ×× 市郡 △△ 区	資格喪失後の住所を記入してください。	
電話番号	1-2-3 健保マンション203		日中連絡が取れる連絡先をご記入ください。
	(自宅) 00 - 1111 - 2222	(携帯) 090 - 0000 - 1111	
継続被扶養者の有無 (○で囲って下さい)	1 あり 2 なし	■「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。 ※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) (○で囲って下さい)	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)
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
	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
確認欄	確認の上、チェック☑を入れてください。		
<input checked="" type="checkbox"/>	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。		

事業主にこの届出を提出する日付を必ず記入してくだ

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

※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。