番　号	

常務理事		係	任意継続被保険者 資格取得年月日	令和　　年　　月　　日
			任意継続被保険者 資格喪失予定年月日	令和　　年　　月　　日

前資格期間		資格喪失の際の 標準報酬月額	決定標準報酬月額	
取得	年　月　日	千円	千円	健康保険料 調整保険料 介護保険料 子ども子育て支援金 合　計
喪失	年　月　日			

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・〔これより上は、健保組合使用欄ですので、ご記入不要です〕・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

◆健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書

退職時の健康保険 の記号及び番号	－　　－	氏　名		男・女
		生年月日	昭・平　　年　　月　　日（　　才）	

自宅住所 電話番号	郵便番号　　－ 自宅TEL　　－　　－　　携帯TEL　　－　　－

勤務していた 事業所名称		資格喪失日 （退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日

今後２年間の保険料納付方法（次のいずれか一つを☑選択してください）		
□毎月払い	□６ヶ月前納	□１２ヶ月前納

・６ヶ月前納：４月分～９月分、１０月分～翌年３月分（年度末）までの年２回払い
・12ヶ月前納：４月分～翌年３月分（年度末）までの年１回払い
・年度途中で任意継続被保険者となった場合は、資格取得した月の翌月分から９月分または次の３月分(年度末)までの期間
※前納の場合、取得月は月払い、取得月の翌月から前納払いとなります。取得月の翌月以降の前納期間の途中からの前納はできません。
次回の前納期間の 10 月又は翌年４月までは、月々払いとなります。

還付金等振込先金融機関（健保からの給付金等の希望入金先です）※保険料の自動引き落しは行っていません			
金融機関	支店名	口座番号	
		普通・当座	

◆**被扶養者**（被扶養者として継続する方を記入のうえ**必ず必要書類を添付**してください）

氏　名	生年月日（和暦）	性別	続柄	職　業	年間収入	
		男・女				
		男・女				
		男・女				
		男・女				

※　１８歳以下の学生以外の方は、扶養実態調書①②と扶養認定に必要な書類（所得証明書、住民票、在学証明書、直近の収入証明　等）を確認のうえ必ず添付して下さい。不足の場合は提出されるまで認定となりません。

受付日付印