

記入例

健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	担当

※資格喪失の日から20日以内に申請し、保険証または資格確認書の返却をしてください。

退職日までに被保険者期間が継続して2ヶ月以上必要です。加入できるのは最長2年間です。

太 枠 内 被 保 險 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等	記号	999	番号	9999	任意継続被保険者等記号・番号	800 -	
	会社名	イビデン			社員番号	666666		
	氏名	健保 太朗			生年月日	平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○		
	資格取得日 (入社日)	昭 平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日			資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日		
	退職後住所 電話番号	〒 503 - 0916 大垣市日の出町1-1 自宅 TEL(0584) 81 - 3124 携帯 TEL() -						
	被扶養者 (申 請 者)	フリガナ 氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	同居 別居	収入の有無 年間収入換算額
		ケンポ ハナコ	妻	男	昭 平・令	41	同居	有 無
		健保 花子		女	52年 5月 1日		別居	800,000 円/年
		ケンポ ジロウ	長男	男	昭 平・令	15	同居	有 無
		健保 次郎		女	15年 7月 1日		別居	円/年
ケンポ サブロウ		二男	男	昭 平・令	13	同居	有 無	
健保 三郎	女		13年 8月 1日	別居		円/年		
毎月	○	マイナ保険証をお持ちの方はチェック不要です。お持ちでない方は資格確認書を作成するのでレ点をしてください。						
保 險 料 の 納 付 方 法	2.	自動振替 : 毎月 27 日に自動的 別途「預金口座振替依頼書」を記						
	3.	毎月 10 日(休日の場合翌日)までに振込してください。						
	前納	現金納付 : 每月 10 日(休日の場合翌日)までに健康保険組合までお持ちください。						
		4-1. 半期(4月~9月、10月~3月) : 納付書に従って月末までに振込してください。 4-2. 全期(4月~3月) :						
↑〇を 振込・納付のない場合は、資格喪失となります。「健康保険資格喪失証明書」を郵送いたしますので つけて 国民健康保険加入時に提示ください。 ください。 <u>※保険料を一旦納めた後、以下に該当した場合は還付請求書の提出により還付いたします。</u> <u>ただし、任継取得の最初の月に①②の事由が発生した場合は、還付できません。</u> ①被保険者が再就職により新たに健康保険の被保険者となったとき ②被保険者本人が死亡したとき								
※喪失後にイビデン健康保険組合から医療費の給付金(返還金)などがある場合に必要ですので、ご記入ください。								
給付等 振込先	銀行 十六 信用金庫 農協				本店 大垣 支店 出張所	預金種目 普通	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	
口座名義 本人名義のみ	銀行コード 0	1 5 3	支店コード 2 1 6	ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入ください。				
カタカナで記入 ケンポ タロウ								

健 保 組 合 使 用 欄	決定後標準報酬月額	千円	喪失時	千円	資格取得年月日	令和 年 月 日
	平均		千円	任継資格喪失予定	令和 年 月 日	
	納付保険料額	一般・調整・ 子ども	円/月	任継資格喪失日	令和 年 月 日	
		介護	円/月	喪失事由		
	納付方法	<毎月> 振替 振込 現金 <前納> 半期 全期			□期間満了 □就職 □死亡 □保険料未納 □後期高齢者該当 □その他(申出)	
	自動振替開始年月日	令和 年 月 日	月分から			付 年 月 日 受
特記事項						