

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<br>枠<br>内<br>被<br>保<br>険<br>者<br>(申<br>請<br>者)が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>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 太郎                      |  |       |           |                | 生年月日                                    | 和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○                                  |                          |      |                             |   |   |   |   |   |   |
|   | 資格取得日<br>(入社日) | 昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日          |  |       |           |                | 資格喪失日<br>(退職日の翌日)                       | 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日                                    |                          |      |                             |   |   |   |   |   |   |
|   | 退職後住所<br>電話番号  | 〒 503 - 0916<br>大垣市日の出町1-1 |  |       |           |                | 自宅 TEL( 0584 ) 81 - 3124<br>携帯 TEL( ) - | 資格確認書<br>発行要否<br>発行が必要<br><input type="checkbox"/> |                          |      |                             |   |   |   |   |   |   |
|   | 被扶養者           | フリガナ<br>氏名                 | 続柄   | 性別    | 生年月日      | 年齢             | 同居<br>別居                                | 収入の有無<br>年間収入換算額                                   | 資格確認書<br>発行要否            |      |                             |   |   |   |   |   |   |
|   |                | ケンボ ハナコ                    | 妻  | 男     | 昭・平・令     | 41             | 同居                                      | 有・無  | 発行が必要                    |      |                             |   |   |   |   |   |   |
|   |                | 健保 花子                      |  | 女     | 52年 5月 1日 |                | 別居                                      | 800,000 円/年  | <input type="checkbox"/> |      |                             |   |   |   |   |   |   |
|   |                | ケンボ ジロウ                    | 長男   | 男     | 昭・平・令     | 15             | 同居                                      | 有・無  | 発行が必要                    |      |                             |   |   |   |   |   |   |
|   |                | 健保 次郎                      |  | 女     | 15年 7月 1日 |                | 別居                                      | 円/年  | <input type="checkbox"/> |      |                             |   |   |   |   |   |   |
| ケンボ サブロウ  |                | 二男                         | 男  | 昭・平・令 | 13        | 同居             | 有・無                                     | 発行が必要  |                          |      |                             |   |   |   |   |   |   |
| 健保 三郎   | 女              |                            | 13年 8月 1日                                  | 別居    |           | 円/年            | <input type="checkbox"/>                |  |                          |      |                             |   |   |   |   |   |   |
| 保<br>険<br>料<br>の<br>納<br>付<br>方<br>法  | 毎月             | ○                          | 1.自動振替：毎月27日に自動的に別途「預金口座振替依頼書」を記入してください。   |       |           |                |   |  |                          |      |                             |   |   |   |   |   |   |
|   |                |                            | 2.毎月振込：毎月10日(休日の場合翌日)までに振込してください。          |       |           |                |   |  |                          |      |                             |   |   |   |   |   |   |
|   |                |                            | 3.現金納付：毎月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。   |       |           |                |   |  |                          |      |                             |   |   |   |   |   |   |
|   | 前納             |                            | 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)：                             |       |           |                |   |  |                          |      |                             |   |   |   |   |   |   |
| ↑○をつけて振込・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国民健康保険加入時に提示ください。<br>※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。<br>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。<br>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<br>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  | 十六             | 銀行                         | 信用金庫                                       | 大垣    | 本店        | 支店             | 出張所                                     | 預金種目   | 普通                       | 口座番号 | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 銀行コード   | 0              | 1                          | 5  | 3     | 支店コード     | 2              | 1                                       | 6  |                          |      |                             |   |   |   |   |   |   |
| 口座名義<br>本人名義のみ  | カタカナで記入        |                            |  |       |           | ケンボ タロウ        |   |  |                          |      | 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。 |   |   |   |   |   |   |

|                                 |           |                          |           |     |          |  |
|---------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|-----|----------|--|
| 健<br>保<br>組<br>合<br>使<br>用<br>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    | 円/月                      | 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<br>□就職 □死亡<br>□保険料未納<br>□後期高齢者該当<br>□その他(申出) |
|                                 | 自動振替開始年月日 | 令和 年 月 日 月分から            |           |     |          |  |
| 特記事項                            |           |                          |           |     |          | 付 年 月 日<br>受                                       |