

健保組合 使用欄	記号	番号	資格取得年月日		資格喪失予定年月日		決裁		
	9901		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	担当上司	担当
	退職時の標準報酬月額		千円	一般保険料	円				
	上限の標準報酬月額		千円	基本	円				
	決定標準報酬月額		千円	特定	円				
			調整保険料	円			(備考)		
			介護保険料	円					
			保険料合計額	円					

## 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 被保険者証	記号		申請者の フリガナ 氏 名				性別	男・女	
	番号			生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)				
申請者の住所	〒 - (フリガナ) 都道府県								
電話番号	※日中ご連絡することもありますので、出来る限り自宅・携帯の両方の電話番号をご記入願います。								
	自宅	- -			携帯	- -			
退職時に在籍 していた事業所	名称				退職日	令和 年 月 日			
保険料の 納付方法	希望する納付方法に○をしてください。(自動引き落としは出来ません。) 納付方法の詳細は、別添「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書を提出される皆様へ」をご覧ください。								
	<input type="checkbox"/>	毎月納付	<input type="checkbox"/>	6ヶ月前納	<input type="checkbox"/>	12ヶ月前納			
	※6ヶ月前納:4月(又は任継取得の翌月分)~9月までと10月(又は任継取得の翌月分)~3月までの年2回払い ※12ヶ月前納:4月(又は任継取得の翌月分)~3月までの年1回払い ※任継取得月は前納対象とならず、1ヶ月分の保険料がかかります。								
被扶養者の有無	有・無 ※「有」の場合は、下記の健康保険被扶養者届【任継資格取得時】を記入して下さい。								

## 健康保険 被扶養者届【任継資格取得時】

- ・在職中より被扶養者であり、任意継続被保険者資格取得後も引き続き被扶養者となられる方について記入してください。
- ・新たに被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」を提出してください。

被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日	男 女			万円	同居 別居
(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日	男 女			万円	同居 別居
(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日	男 女			万円	同居 別居
(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日	男 女			万円	同居 別居

任意継続保険を希望される方は、本申請書及び誓約書を退職後20日以内に提出して下さい。(健保組合必着)

提出先：〒910-8510 福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階  
三谷健康保険組合