

健康組合 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	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							
				基本		円							
				特定		円							
決定標準報酬月額		千円	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

退職時の被保険者等の記号・番号	記号		申請者の	フリガナ		性別	男・女				
	番号			氏名			生年月日	昭和・平成	年	月	日
申請者の居所住所	〒 —		※住所は、マンション名・部屋番号まで正確に記入してください。								
	(フリガナ)		都道府県								
申請者の住民票住所	〒 —		※住所は、マンション名・部屋番号まで正確に記入してください。居所住所と同じ場合は「同上」と記入してください。								
	(フリガナ)		都道府県								
電話番号	※下記すべての電話番号をご記入願います。(自宅に固定電話が無い場合は、携帯電話と緊急連絡先をご記入願います。)										
	自宅	—	—	携帯	—	—	緊急連絡先	—	—	続柄	()
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。)										
	<input type="checkbox"/>	毎月納付	<input type="checkbox"/>	6ヶ月前納	<input type="checkbox"/>	12ヶ月前納					
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	※オンライン資格確認を受けることができない状況にある方のみ発行します。発行が必要な方はこの届とあわせて『資格確認書(再)交付申請書』の提出が必要です。									
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」および必要な添付書類を提出してください。(健保組合までお問い合わせください)

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	資格確認書発行要否(※)
(フリガナ)	昭 平 令 年 月 日	男 ・ 女			万円	同居 ・ 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	昭 平 令 年 月 日	男 ・ 女			万円	同居 ・ 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	昭 平 令 年 月 日	男 ・ 女			万円	同居 ・ 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	昭 平 令 年 月 日	男 ・ 女			万円	同居 ・ 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要

(※)オンライン資格確認を受けることができない状況にある方のみ発行します。発行が必要な方はこの届とあわせて『資格確認書(再)交付申請書』の提出が必要です。↑

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 TEL：0776-20-3155
ホームページ：https://www.mitani-kenpo.jp

任意継続についての詳細は、当組合ホームページの「各種手続き」→「退職した後は(手続き)」→「引きつづき当健保組合に加入したいとき」の「任意継続被保険者資格取得申請時案内」をご覧ください。