

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

1

2

ページ

取

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

退職などで健康保険の資格がなくなった後も、引き続き個人で健康保険に加入する場合にご使用ください。なお、提出期限は、退職日の翌日から20日以内(必着)です。記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	勤務していたときに使用していた被保険者証の発行都道府県支部	支部	提出日(投函日)	令和		年		月		日								
	勤務していたときに使用していた被保険者証	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日														
											1. 昭和 2. 平成 3. 令和		年		月		日	
	氏名(カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。																
	氏名															性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	
	郵便番号(ハイフン除く)					電話番号(左づめハイフン除く)												
住所	都 道 府 県																	

勤務していた事業所	名称	所在地					
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和		年		月		日
保険料の納付方法 ※希望する番号をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. 口座振替(毎月納付のみ)	<input type="checkbox"/> 2. 毎月納付	<input type="checkbox"/> 3. 6か月前納	<input type="checkbox"/> 4. 12か月前納	口座振替を希望される方は、別途、「口座振替依頼書」の提出が必要です。		

健康保険 資格喪失証明欄	事業主記入用 ※任意	この欄をご記入いただくことで、被保険者証の交付が早くなる場合があります。																	
	勤務していた方の氏名(カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。																	
	資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和		年		月		日											
	上記の記入内容に誤りのないことを証明します。																		
	事業所所在地																		
	事業所名称																		
事業主氏名																			
電話番号																			

被扶養者がいる場合は2ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認(被保険者)	<input type="checkbox"/> 1. 記入有(添付あり) <input type="checkbox"/> 2. 記入有(添付なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入無(添付あり)	資格喪失日	令和		年		月		日
同時申請	<input type="checkbox"/> 1. 限度額	<input type="checkbox"/> 1. 減額認定	<input type="checkbox"/> 1. 特定疾病	<input type="checkbox"/> 1. 口座振替					
2 0 0 1 1 1 0 1		その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 2. 4名以上	(理由)	枚数				

受付日付印

(2022.10)

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 2

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書【被扶養者届】

1

2

ページ

取

被保険者氏名

氏名	氏名(カタカナ:姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)																	
<div></div>																		
生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和				性別	1.男 2.女		続柄	1.配偶者 2.配偶者(未届) 3.実子・養子 4.3以外の子 5.父母・養父母 6.養父母 7.兄弟姉妹 8.祖父母 9.曾祖父母 10.孫 11.その他()				職業	1.無職 2.パート・アルバイト 3.年金受給者 4.中学生以下 5.高・大学生 6.その他()		収入(年間)	1.収入なし 2.130万円未満 3.130万～180万円未満 4.180万円以上	
マイナンバー					同居・別居の別	1.同居 2.別居		仕送額(年間)	2の場合に記入		仕送回数(年間)			海外在住の場合はその理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他()			
住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)															備考			
〒																		

氏名	氏名(カタカナ:姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)																	
<div></div>																		
生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和				性別	1.男 2.女		続柄	1.配偶者 2.配偶者(未届) 3.実子・養子 4.3以外の子 5.父母・養父母 6.養父母 7.兄弟姉妹 8.祖父母 9.曾祖父母 10.孫 11.その他()				職業	1.無職 2.パート・アルバイト 3.年金受給者 4.中学生以下 5.高・大学生 6.その他()		収入(年間)	1.収入なし 2.130万円未満 3.130万～180万円未満 4.180万円以上	
マイナンバー					同居・別居の別	1.同居 2.別居		仕送額(年間)	2の場合に記入		仕送回数(年間)			海外在住の場合はその理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他()			
住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)															備考			
〒																		

氏名	氏名(カタカナ:姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)																	
<div></div>																		
生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和				性別	1.男 2.女		続柄	1.配偶者 2.配偶者(未届) 3.実子・養子 4.3以外の子 5.父母・養父母 6.養父母 7.兄弟姉妹 8.祖父母 9.曾祖父母 10.孫 11.その他()				職業	1.無職 2.パート・アルバイト 3.年金受給者 4.中学生以下 5.高・大学生 6.その他()		収入(年間)	1.収入なし 2.130万円未満 3.130万～180万円未満 4.180万円以上	
マイナンバー					同居・別居の別	1.同居 2.別居		仕送額(年間)	2の場合に記入		仕送回数(年間)			海外在住の場合はその理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他()			
住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)															備考			
〒																		

お勤めになられていたときから引き続き扶養となる方の収入状況は、マイナンバーを利用した情報照会により確認を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。 【提出月が1月～7月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 【提出月が8月～12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号																
被扶養者 郵便番号	被扶養者 1					被扶養者 2					被扶養者 3					
希望しない	<input type="checkbox"/> マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。															

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

被扶養者1	続柄		収入 (万円)		同居		仕送額 (万円)	
被扶養者2								
被扶養者3								

2 0 0 2 1 1 0 1

全国健康保険協会
協会けんぽ