



# 健康保險 任意繼續被保險者 資格取得 申出書

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。

|  |  |          |                     |                      |    |  |   |  |
|--|--|----------|---------------------|----------------------|----|--|---|--|
| 勤務していたときに使用していた<br>被保険者証の発行都道府県支部              |  | 支部       | 提出日<br>(投函日)        | 令和                   | 年  | 月  | 日 |  |
| 勤務していたときに<br>使用していた<br>被保険者証                   |  | 記号 (左づめ) | 番号 (左づめ)            | 生年月日                 |    |  |   |  |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報                     |  |          |                     | 1.昭和                 | 年  | 月  | 日 |  |
|  |  |          |                     | 2.平成                 |    |  |   |  |
|  |  |          | 3.令和                |                      |    |  |   |  |
| 氏名<br>(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<br><input type="checkbox"/> 2.女 |   |  |
| 郵便番号<br>(ハイフン除く)                               | <input type="text"/>   |          | 電話番号<br>(左づめハイフン除く) | <input type="text"/> |    |  |   |  |
| 住所   | 都 <input type="text"/> 道 <input type="text"/><br>府 <input type="text"/> 県 <input type="text"/> |          |                     |                      |    |  |   |  |

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

|                              |  |  |                                      |                      |  |   |                      |  |   |                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--------------------------------------|----------------------|--|---|----------------------|--|---|----------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>健康保険<br/>資格喪失証明<br/>欄</b> | <b>事業主記入用 ※任意</b>                              |  | 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<br>氏名(カタカナ)                           |  | <input type="text"/>                 |                      |  |   |                      |  |   |                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。 |  |                                      |                      |  |   |                      |  |   |                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | 資格喪失年月日<br>(退職日の翌日)                            |  | 令和                                   | <input type="text"/> |  | 年 | <input type="text"/> |  | 月 | <input type="text"/> |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | 上記の記入内容に誤りのないことを証明します。                         |  |                                      |                      |  |   |                      |  |   |                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | 令和 年 月 日                                       |  |                                      |                      |  |   |                      |  |   |                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所所在地                       |  |  |                                      |                      |  |   |                      |  |   |                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称                        |  |  |                                      |                      |  |   |                      |  |   |                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業主氏名                        |  |  |                                      |                      |  |   |                      |  |   |                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号                         |  |  |                                      |                      |  |   |                      |  |   |                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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。)

被扶養者がいる場合は2ページ目に続きます。>>>

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<br>(被保険者)                | <input type="checkbox"/> | 1. 記入有(添付あり)<br>2. 記入有(添付なし)<br>3. 記入無(添付あり) | 資格喪失日                    | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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                                   |
|                               |                          |  |                          | (理由)  |                          |         |                          |   |
| 2   0   0   1   1   1   0   1 | その他                      | <input type="checkbox"/>                     | 1. その他<br>2. 4名以上        |   |                          |         | 枚数                       | <input type="text"/> <input type="text"/> |



 全国健康保険協会  
協会けんぽ

健康保険  
協会けんぽ

受付日付印

(2022.10)

## 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



被保険者氏名

|   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 被扶養者情報1   |  | 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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。)   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日  |  | 性別  |  | 続柄  |  | 職業  |  | 収入(年間)  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1.昭和<br><input type="checkbox"/> 2.平成<br><input type="checkbox"/> 3.令和 |  | <input type="checkbox"/> 1.男<br><input type="checkbox"/> 2.女              |  | <input type="checkbox"/> 1.配偶者<br><input type="checkbox"/> 2.配偶者(未届)<br><input type="checkbox"/> 3.実子・養子<br><input type="checkbox"/> 4.3以外の子<br><input type="checkbox"/> 5.父母・養父母<br><input type="checkbox"/> 6.義父母<br><input type="checkbox"/> 7.兄弟姉妹<br><input type="checkbox"/> 8.祖父母<br><input type="checkbox"/> 9.曾祖父母<br><input type="checkbox"/> 10.孫<br><input type="checkbox"/> 11.その他() |  | <input type="checkbox"/> 1.無職<br><input type="checkbox"/> 2.パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> 3.年金受給者<br><input type="checkbox"/> 4.中学生以下<br><input type="checkbox"/> 5.高・大学生<br><input type="checkbox"/> 6.その他() |  | <input type="checkbox"/> 1.収入なし<br><input type="checkbox"/> 2.130万円未満<br><input type="checkbox"/> 3.130万~180万円未満<br><input type="checkbox"/> 4.180万円以上                      |  |  |  |  |  |  |  |
| マイナンバー  |  | 同居・別居の別   |  | 仕送額(年間)   |  | 仕送回数(年間)  |  | 海外在住の場合はその理由  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> 1.同居<br><input checked="" type="checkbox"/> 2.別居 |  | <input type="checkbox"/> 1.場合に記入  |  | <input type="checkbox"/> 1.場合に記入  |  | <input type="checkbox"/> 1.留学<br><input type="checkbox"/> 2.同行家族<br><input type="checkbox"/> 3.特定活動<br><input type="checkbox"/> 4.海外婚煙等<br><input type="checkbox"/> 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。)   |  | 都 道   |  | 府 県   |  | 備考  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 〒  |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 被扶養者情報2   |  | 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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。)   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日  |  | 性別  |  | 続柄  |  | 職業  |  | 収入(年間)  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1.昭和<br><input type="checkbox"/> 2.平成<br><input type="checkbox"/> 3.令和 |  | <input type="checkbox"/> 1.男<br><input type="checkbox"/> 2.女              |  | <input type="checkbox"/> 1.配偶者<br><input type="checkbox"/> 2.配偶者(未届)<br><input type="checkbox"/> 3.実子・養子<br><input type="checkbox"/> 4.3以外の子<br><input type="checkbox"/> 5.父母・養父母<br><input type="checkbox"/> 6.義父母<br><input type="checkbox"/> 7.兄弟姉妹<br><input type="checkbox"/> 8.祖父母<br><input type="checkbox"/> 9.曾祖父母<br><input type="checkbox"/> 10.孫<br><input type="checkbox"/> 11.その他() |  | <input type="checkbox"/> 1.無職<br><input type="checkbox"/> 2.パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> 3.年金受給者<br><input type="checkbox"/> 4.中学生以下<br><input type="checkbox"/> 5.高・大学生<br><input type="checkbox"/> 6.その他() |  | <input type="checkbox"/> 1.収入なし<br><input type="checkbox"/> 2.130万円未満<br><input type="checkbox"/> 3.130万~180万円未満<br><input type="checkbox"/> 4.180万円以上                      |  |  |  |  |  |  |  |
| マイナンバー  |  | 同居・別居の別   |  | 仕送額(年間)   |  | 仕送回数(年間)  |  | 海外在住の場合はその理由  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> 1.同居<br><input checked="" type="checkbox"/> 2.別居 |  | <input type="checkbox"/> 1.場合に記入  |  | <input type="checkbox"/> 1.場合に記入  |  | <input type="checkbox"/> 1.留学<br><input type="checkbox"/> 2.同行家族<br><input type="checkbox"/> 3.特定活動<br><input type="checkbox"/> 4.海外婚煙等<br><input type="checkbox"/> 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。)   |  | 都 道   |  | 府 県   |  | 備考  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 〒  |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 被扶養者情報3   |  | 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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。)   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日  |  | 性別  |  | 続柄  |  | 職業  |  | 収入(年間)  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1.昭和<br><input type="checkbox"/> 2.平成<br><input type="checkbox"/> 3.令和 |  | <input type="checkbox"/> 1.男<br><input type="checkbox"/> 2.女              |  | <input type="checkbox"/> 1.配偶者<br><input type="checkbox"/> 2.配偶者(未届)<br><input type="checkbox"/> 3.実子・養子<br><input type="checkbox"/> 4.3以外の子<br><input type="checkbox"/> 5.父母・養父母<br><input type="checkbox"/> 6.義父母<br><input type="checkbox"/> 7.兄弟姉妹<br><input type="checkbox"/> 8.祖父母<br><input type="checkbox"/> 9.曾祖父母<br><input type="checkbox"/> 10.孫<br><input type="checkbox"/> 11.その他() |  | <input type="checkbox"/> 1.無職<br><input type="checkbox"/> 2.パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> 3.年金受給者<br><input type="checkbox"/> 4.中学生以下<br><input type="checkbox"/> 5.高・大学生<br><input type="checkbox"/> 6.その他() |  | <input type="checkbox"/> 1.収入なし<br><input type="checkbox"/> 2.130万円未満<br><input type="checkbox"/> 3.130万~180万円未満<br><input type="checkbox"/> 4.180万円以上                      |  |  |  |  |  |  |  |
| マイナンバー  |  | 同居・別居の別   |  | 仕送額(年間)   |  | 仕送回数(年間)  |  | 海外在住の場合はその理由  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> 1.同居<br><input checked="" type="checkbox"/> 2.別居 |  | <input type="checkbox"/> 1.場合に記入  |  | <input type="checkbox"/> 1.場合に記入  |  | <input type="checkbox"/> 1.留学<br><input type="checkbox"/> 2.同行家族<br><input type="checkbox"/> 3.特定活動<br><input type="checkbox"/> 4.海外婚煙等<br><input type="checkbox"/> 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。)   |  | 都 道   |  | 府 県   |  | 備考  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 〒  |  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |

|   |                          |   |  |  |  |           |   |  |  |  |           |   |  |  |  |
|---|--------------------------|---|--|--|--|-----------|---|--|--|--|-----------|---|--|--|--|
| お勤めになっ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<br>郵便番号  | 被扶養者<br>1                | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |  |  | 被扶養者<br>2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |  |  | 被扶養者<br>3 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |  |  |
| 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、□を入れてください。<br>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  | 被扶養者2 | 被扶養者3 | 続柄 | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  | 同居 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
|  |       |       |    | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  |    | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  |  |  |
|  |       |       |    | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  |    | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  |  |  |
| 収入(万円)   |       |       |    | 仕送額(万円)  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |       |       |    | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |       |       |    | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |       |       |    | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |

2 0 0 2 1 1 0 1

全国健康保険協会  
協会けんぽ