

記入例

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

国民健康保険やご家族の扶養加入の場合、保険料が安くなることがありますのでご確認ご検討ください。

申請書の提出期限は退職日の翌日から10日以内、初回保険料の納付期限は退職日の翌日から20日以内です。

申請日 2024年12月1日

被保険者証 旧記号・番号 (不明な場合は国のマイナンバーで要確認)	(1) 12345	※新番号	(100)
ふりがな	だいおう たろう	※資格喪失時の標準報酬月額	千円
申請者	大王 太郎	生年月日	昭和・平成 39年11月6日
現住所	〒 799 - 0403 愛媛県四国中央市三島朝日〇〇-△△-□□		
携帯番号	(090) 〇〇〇〇-△△△△	自宅番号	- -
今後、転居に伴う住所 変更がある場合記入	〒 -		
転居日	令和 年 月 日	連絡先	- -
退職日	令和 6年 11月 30日	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 6年 12月 1日
【資格確認書発行要否】 <input type="checkbox"/> 発行が必要な場合はチェック(✓)してください ※併せて「資格確認書(再)交付申請書」の提出が必要です ※以下に該当する場合に限り、 <u>該当するものに○をしてください</u> 1. マイナンバーを取得していない、またはマイナンバーを返納した 2. マイナンバーを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない、 または利用登録解除を申請した、利用登録解除者 3. マイナンバーの電子証明書の有効期限切れ			
【保険料納付方法】 該当欄にチェック(✓)してください <input checked="" type="checkbox"/> 1. 毎月払い (翌月分を毎月27日に口座振替する月納) →後日必要な手続き書類をお送りいたします <input type="checkbox"/> 2. 6ヵ月単位払い (4月~9月、10月~翌年3月の区分で納付する前納) <input type="checkbox"/> 3. 1ヵ年単位払い (4月~翌年3月の区分で1年分を納付する前納)			

※網掛け部分は記入の必要はありません。

〔被扶養者の届出について〕

健康保険の被扶養者がいる場合で引き続き扶養を希望する、または扶養を削除する場合は「被扶養者異動届」を申請書と併せてご提出ください。

(異動届は会社又は当健保組合ホームページにあります)