

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者申請書

|      |     |    |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|      |     |    |

(任意継続被保険者用)

|                     |         |     |         |                |     |           |    |                    |               |                |               |          |   |  |
|---------------------|---------|-----|---------|----------------|-----|-----------|----|--------------------|---------------|----------------|---------------|----------|---|--|
| 提出日                 | 年       | 月   | 日       | 退職日            | 年   | 月         | 日  |                    |               |                |               |          |   |  |
|                     | 令和      |     |         |                | 令和  |           |    |                    |               |                |               |          |   |  |
| 事業所名                |         |     |         |                |     |           |    | 退職前の被保険者等<br>記号・番号 | —             |                |               |          |   |  |
| 被保険者等の<br>記号・番号     | 記号      | ※番号 | 被保険者の氏名 |                |     | 被保険者の生年月日 |    |                    | 性別            | ※資格取得日         |               |          |   |  |
|                     |         |     | (氏)     | (名)            |     | 年         | 月  | 日                  |               |                | 年             | 月        | 日 |  |
|                     | 5608    |     |         |                |     | 昭和<br>平成  |    |                    |               | 男・女            | 令和            |          |   |  |
| 退職後の<br>被保険者<br>の住所 | 〒       |     | —       |                | TEL |           | —  |                    | —             |                | 資格確認書<br>発行要否 | 必要<br>不要 |   |  |
|                     |         |     |         |                |     |           |    |                    |               |                |               |          |   |  |
| 被扶養者                | 被扶養者の氏名 |     | 性別      | 被扶養者の生年月日      |     |           | 続柄 | 世帯                 | 資格確認書<br>発行要否 | 現住所（別居の場合のみ記入） |               |          |   |  |
|                     | (氏)     | (名) |         |                | 年   | 月         |    |                    |               |                |               |          | 日 |  |
|                     |         |     | 男・女     | 昭和<br>平成<br>令和 |     |           |    |                    | 同・別           | 必要<br>不要       |               |          |   |  |
|                     |         |     | 男・女     | 昭和<br>平成<br>令和 |     |           |    |                    | 同・別           | 必要<br>不要       |               |          |   |  |
|                     |         |     | 男・女     | 昭和<br>平成<br>令和 |     |           |    |                    | 同・別           | 必要<br>不要       |               |          |   |  |
|                     |         |     | 男・女     | 昭和<br>平成<br>令和 |     |           |    |                    | 同・別           | 必要<br>不要       |               |          |   |  |

- ① この申請書は、退職日の翌日から20日以内に、健康保険組合へ提出して下さい。  
20日を超えますと、任意継続被保険に加入できませんので、ご注意下さい。
- ② この申請書の提出後に被扶養者の異動(増減)があったときは、そのつど(5日以内)、「被扶養者異動届」を届出して下さい。  
・扶養申請の場合は、被扶養者認定に必要な証明書の提出を求めています。  
・扶養取消の場合は、健康保険証及び資格確認書をお持ちの方は資格確認書を添えてください。

※印欄は記入不要