任意継続 記号-番号 (健保記入欄)	

決 裁		
常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

◆太枠内についてご記入ください

申請日 令和 年 月 日

①資格喪失時の 健康保険被保険者証等 (※) の 記号及び番号 ※資格確認書・被保険者証を指します	記号	②被保険者氏名 フリガナ 	性別 男 女		
	番号			(自筆の場合は捺印省略可) 印	
④資格喪失年月日 退職日の翌日を記入下さい。	令和 年 月 日	③生年月日 昭和・平成 年 月 日	⑤資格喪失時の 標準報酬月額 千円		
⑥資格喪失の際の事業所名	名称	所在地			
⑦自宅・連絡先 ◆ Emailのみは不可。必ず連絡の できる電話番号を記入下さい。 ◆ 住民票住所と居住住所が同じ ときは、居所住所は記入不要	住民票 住所	〒			
	居所 住所	(住民票住所と同じときは記入不要)			
	自宅電話	Email			
	携帯電話				
⑧被扶養者 該当者全員を記入下さい。 (現況と異なる場合は 別途被扶養者届の提出が 必要となります)	氏名	生年月日	続柄	同居/別居	収入の有無
	1			同居/別居	有 (月収 円) ・ 無
	2			同居/別居	有 (月収 円) ・ 無
	3			同居/別居	有 (月収 円) ・ 無
	4			同居/別居	有 (月収 円) ・ 無
	5			同居/別居	有 (月収 円) ・ 無
⑨商船三井健保からの 給付金等の振込先 (保険料の納入方法を「毎月払い」に する方は口座振替銀行と同じ口座にし て下さい)	銀行名	口座番号 (普)			
	支店名	口座名義 (カタカナ) (ご本人名義となります)			
⑩保険料の納入方法 いずれかに○をつけて下さい。 ◆◆前納の場合◆◆ 下記事由以外の場合は保険料を還付 できませんのでご注意下さい。 ・ 就職し他の健康保険に加入 ・ 被保険者の死亡 ・ 資格喪失希望を申し出たとき	毎月払い 口座振替依頼書の 提出が必要です。	資格取得時に初回保険料をお振込み頂き、口座振替銀行登録完了後は 口座振替による納付。(原則毎月6日) 尚、口座振替登録完了までは納付のご案内をお送りいたします。 お手数ですがお振込をお願いいたします。			
	半年前納	直近の9月分まで、または3月分までの保険料を一括して納付。 一括納付することにより割引が適用されます。 *詳しくは健保組合までお問合せ下さい。			
	一年前納	直近の3月分までの保険料を一括して納付。 一括納付することにより割引が適用されます。 *詳しくは健保組合までお問合せ下さい。			

【必ずお読みください】

任意継続被保険者は次の場合において、資格を喪失します。(健康保険法第38条)

- 任意継続の被保険者期間が2年に達したときは、その翌日に喪失(満了による喪失)
- 就職により他の健康保険・船員保険の被保険者となったときはその日に喪失
- 保険料を納付期日(原則毎月10日)までに納めなかったときは、その翌日に喪失
- 後期高齢者医療の被保険者等となったときはその日(75歳の誕生日)に喪失
- 死亡したときは、その翌日に喪失
- 任意継続被保険者でなくなることを希望するときは、資格喪失申出書が健保で受理された日の翌月1日に喪失

◆◆この申請書は、被保険者資格喪失後、20日以内に提出して下さい。◆◆
(毎月払いを選択の方で口座振替依頼書をお持ちの方は一緒に提出して下さい)

(令和6年12月改訂)