

※申出書は資格喪失日(退職の翌日)から 20 日以内に提出してください。

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

申出者情報	資格喪失時 被保険者	記 号	番 号	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
	氏 名	(ふりがな)			性 別	男 ・ 女	
	住民票住所	〒 ー					
	居所住所	住 民 票 住 所 と 居 所 住 所 が 相 違 っ て い る 場 合 は 、 ご 記 入 く だ さ い 。					
		〒 ー					
	電話番号	(自宅) ()					
		(携 帯) ()					
	資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和	年 月 日	
資格喪失時 の事業所	(名称)						
	(所在地)						

資格確認書の発行要否	☐ 発 行 が 必 要
※以下に該当する場合は「 ☐ 発行が必要」にチェックを入れてください。 ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者	

保険料納付方法 (該当の番号に○をつけてください)					
1	各 月 (月ごとの支払い)	2	半 期 前 納 (上期：4～9 月分・下期：10～3 月分)	3	一 年 前 納 (4～3 月分)
・前納は、取得月の翌月からの保険料をまとめて先払いすることができます。前納した場合は保険料が割引(複利現価法による年 4%)になります。 ・保険料前納制度の適用を受けるためには、前納開始月の前月末日までに保険料が納付されることが要件となります。申出書の受付日に応じて前納対象期間が決定されます。					

※納付期限までに初回保険料が納付されなかった場合、任意継続の資格が取り消されます。被保険者証または資格確認書は使用できなくなりますのでご注意ください。(初回保険料納付書は任意継続取得手続き完了後に資格確認書と併せて送付いたします。

令和 年 月 日

注) ①新たに扶養の届出を行う場合は、当組合へお問合せください。

②FAX での受付は行っておりません。

③「健康保険任意継続被保険者給付金受領金融機関口座指定
(変更)届」と併せて提出してください。

受 付 印

④退職時に被扶養者として認定されている方を引き続き被扶養者とする場合は次ページを記入し、併せて提出してください。

【送付先及び問い合わせ先】〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷2-37-9
全国設計事務所健康保険組合 適用・徴収グループ TEL03-3404-7344

【被扶養者届出欄】

※以下に該当する場合は「☐発行が必要」にチェックを入れてください。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

被保険者氏名												
被扶養者情報①	ふりがな						性 別	男 ・ 女		生 年 月 日		
	氏 名						続 柄			昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		
	年 齢	歳	年収	万円	職 業	無 職 学 生	パート アルバイト	資格 確認書の 発行要否	☐ 発行が必要			
	住民票 住 所	被保険者住民票住所と相違する場合のみご記入ください。 〒 ー										
被扶養者情報②	ふりがな						性 別	男 ・ 女		生 年 月 日		
	氏 名						続 柄			昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		
	年 齢	歳	年収	万円	職 業	無 職 学 生	パート アルバイト	資格 確認書の 発行要否	☐ 発行が必要			
	住民票 住 所	被保険者住民票住所と相違する場合のみご記入ください。 〒 ー										
被扶養者情報③	ふりがな						性 別	男 ・ 女		生 年 月 日		
	氏 名						続 柄			昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		
	年 齢	歳	年収	万円	職 業	無 職 学 生	パート アルバイト	資格 確認書の 発行要否	☐ 発行が必要			
	住民票 住 所	被保険者住民票住所と相違する場合のみご記入ください。 〒 ー										
被扶養者情報④	ふりがな						性 別	男 ・ 女		生 年 月 日		
	氏 名						続 柄			昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		
	年 齢	歳	年収	万円	職 業	無 職 学 生	パート アルバイト	資格 確認書の 発行要否	☐ 発行が必要			
	住民票 住 所	被保険者住民票住所と相違する場合のみご記入ください。 〒 ー										