

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申請書

申請者記入用

申請日 年 月 日

退職後の健康保険として任意継続を申請する場合

被 保 険 者 情 報	退職前の被保険者等	記号 (1か2)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください										
	氏名	(フリガナ)			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	住所	(〒 -)	都道 府県											
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()											
	勤務していた事業所の名称													
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	保険料の納付方法	<input type="checkbox"/> 月払 <input type="checkbox"/> 半年前納 <input type="checkbox"/> 一年前納							
	保険料の納付種別	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 口座振替	※口座振替は三菱UFJ・三井住友・りそなに限る。口座振替依頼書が別途必要。											
	保険給付振込口座 (「口座振替」の方は引き落とし口座、「銀行振込」の方はゆうちょ銀行以外の口座を記入)													
	金融機関名称 (コード)	()	支店名 (コード)	()										
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (右づめ)									口座名義 (カタカナ)		
資格確認書交付 必要理由番号 (マケ保険証あれば不要)	<input type="checkbox"/>	資格確認書の交付が必要な場合、下記の該当する番号を記入ください。該当する場合のみ交付します 1: マケバ-カードを取得していない・マケバ-カードの返納者 2: マケバ-カードの有効期限切れ 3: マケバ-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 4: 利用登録解除者												

【任意継続についての注意事項】 ※必ずご一読いただき最後に確認済サインをお願いします。
次のいずれかに該当する場合には、資格喪失となります。(健康保険法 第38条)
①任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき ②被保険者が死亡したとき
③保険料を納付期日までに納付しなかったとき ④就職し強制加入の被保険者となったとき
⑤船員保険の被保険者となったとき ⑥後期高齢者医療の被保険者となったとき

被保険者署名: _____

健康保険 被扶養者届 【資格取得時】 ※添付書類が必要です

- 任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者として申請される方についてご記入ください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者 (異動) 届」をご提出ください。

被 扶 養 者 欄	氏名	生年月日	性別	続柄	収入種類	月平均収入	同居別居	資格確認書	
	(カナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他収入	万円/月	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 交付理由番号
	(氏)	(名)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 女					
	(氏)	(名)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
(氏)	(名)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
配偶者を扶養申請しないときは、健保HP内の夫婦共同扶養収入額確認票・配偶者の所得証明書・世帯全員の住民票を添付 申請する被扶養者が別居しているときは、その被扶養者への送金額をご記入ください。 万円/月									

※添付書類が必要です

※任意継続の被保険者・被扶養者の健診はご自宅へ発送いたします。
(発送時期は年3回予定)

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印