

健保使用欄	常務	部長	課長	係長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

被保険者（申出者）記入用



- 任意継続制度に加入するためには、継続して2か月被保険者期間が必要です。
- この申出書は資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に当組合へ提出（必着）してください。
なお、20日目が土・日・祝日の場合は、翌営業日が提出期限となります。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

健保使用欄 (記入不要)	記号	番号	取得年月日	令和 年 月 日	標準報酬月額 千円
	8000		喪失予定日	令和 年 月 日	
被保険者情報	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	性別	生年月日	
			<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 ** 年 ** 月 ** 日	
	居所住所	(〒 *** - ****) 千葉県 〇〇市〇〇町1-1 〇〇マンション 〇〇〇号室			
	住民票住所	千葉県 △△市 △△2-2 (居所と住民票が同じ場合は、「同上」と記入)			
	電話番号	*** (****) **** (日中の連絡先をご記入ください)			
被扶養者の申請	<input checked="" type="checkbox"/> 有り → 有りの場合、被扶養者(異動)届、扶養申立書(任意継続被保険者用)及び証明書類等の提出が必要となります <input type="checkbox"/> 無し				

資格喪失時の情報	旧被保険者証の記号番号	資格取得年月日	資格喪失年月日(退職日の翌日)
	000 — 0000	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 ** 年 ** 月 ** 日	令和 ** 年 ** 月 ** 日
	事業所の名称	事業所の所在地	
	医療法人社団 〇〇会 〇〇〇病院	(〒 *** - ****) 千葉県〇〇市〇〇1-2	

保険料の納付方法	保険料の納付方法について、希望する番号に✓をご記入ください	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 毎月(単月毎)納付	<input type="checkbox"/> 2. 半期前納 「取得した月の翌月分から9月分、または同年度3月分」までとなります <input type="checkbox"/> 3. 通年前納 「取得した月の翌月分から同年度3月分」までとなります
資格確認書 発行要否	※ 前納制度利用の場合の割引率は、前納期間の各月の保険料額を年四分の利率による複利現価法で計算します。 (1か月あたり数円～数百円の割引が適用されます) また、納付期限は、取得した月の末日(土日祝日の場合は翌営業日)となります。 なお、取得月の翌月に手続きを行った場合など、前納制度をご利用できかねます。	
	令和6年12月2日以降は、原則、保険証に代えてマイナ保険証をご使用いただくこととなりますが、マイナ保険証をお持ちでないなど資格確認書の交付を必要とする場合は、□に✓及び交付が必要な理由をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 交付必要理由()	

必ず裏面の任意継続資格取得にあたっての注意事項をご確認のうえ、ご提出ください

また、任意継続制度の加入手続きに関する詳細及びご不明な点は、組合までお問い合わせください

【照会及び提出先】

千葉県医業健康保険組合 管理課 TEL043-215-8205
〒260-0013 千葉県千葉市中央区中央3-10-4

受付日付印