健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

* 太枠内を記入し、 印は記入しないでください。

健康保険任意継続 被保険者記号・番号	氏名	性別	生年月日	資格取得年月日	資格喪失予定年月日	標準報酬 月額
9999	フリガナ	男 女	昭和 平成	年 月 日		
申出者の住所	〒				電話番号	
資格喪失時の 管轄組合	酒フーズ健康保険組合		備考			
勤務していた 事業所名称等	名称	所在地				
被保険者証 記号	番号	資格取得 年月日	年 月 日	資格喪失 年月日	年 月 日	資格喪失時 報酬月額 千円
被扶養者の有無	有 ・ 無 *「有」を で囲んだ場合は『被扶養者異動届』に各添付書類をそえて、この申請書と同時に提出してください。					
保険料の納付方法	いずれかに ☒ を付けてください ☐ 毎月納付 ☐ 前期(9月まで)前納 ☐ 後期(3月まで)前納					

下の欄は健康保険の給付金を貴方の口座へ振り込むためのものです。

金融機関コード	金融機関名	店番号	支店名	預金区分	口座番号	口座名義(フリガナ)
				1.普通 2.当座 3.()		

【注意事項】

1. 申請期限は資格喪失の日から20日以内です。(20日以内に申出をしないと任意継続の資格を取得することは出来ませんのでご注意ください。)
2. 添付書類...住民票(退職後の居住地)、扶養家族がある方は『被扶養者異動届』及び各添付書類
3. 勤務していた際の被保険者証記号番号からマイナンバーを取得いたします。
4. 勤務していた際の記号番号を記載しない場合は備考欄にマイナンバーの記載が必要です。この場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。(個人番号カード又は通知カード及び運転免許証等の写し)
- * 被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給、又は保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。
5. 前納希望の方は資格取得日の属する月の月末までに前納保険料を納めていただく必要がありますので、資格取得日によっては前納のご希望に添えない場合があります。詳しくは当健康保険組合までお問い合わせください。
6. 倒産、解雇、雇い止めなどによる離職の方は国民健康保険料の軽減制度があり、保険料負担が少なくなる場合もあります。該当の方はお住まいの市区町村に確認した上で申請をしてください。

~~~~~ 受付日付印 ~~~~~

* 問合せ先
酒フーズ健康保険組合適用課
TEL03 - 3552 - 4004

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険被扶養者(異動)届

受付印

平成 年 月 日 提出

提出者記入欄	被保険者証の記号	
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

社会保険労務士記載欄	
氏名等	

被保険者欄	被保険者証の番号		氏名	(フリガナ) _____ (氏) _____ (名) _____	生年月日	5. 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	性別	1. 男 2. 女
	取得年月日	5. 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	住所	〒 _____				

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) _____ (氏) _____ (名) _____	生年月日	5. 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	性別	1. 男 2. 女	続柄	
	個人番号(12桁)	脱退の場合、記入の必要はありません。		住所	1.同居 2.別居			
	認定年月日	7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	脱退年月日	7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	コード	回収区分	職業	事由

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ) _____ (氏) _____ (名) _____	生年月日	5. 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	性別	1. 男 2. 女	続柄	
	個人番号(12桁)	脱退の場合、記入の必要はありません。		住所	1.同居 2.別居			
	認定年月日	7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	脱退年月日	7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	コード	回収区分	職業	事由

被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ) _____ (氏) _____ (名) _____	生年月日	5. 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	性別	1. 男 2. 女	続柄	
	個人番号(12桁)	脱退の場合、記入の必要はありません。		住所	1.同居 2.別居			
	認定年月日	7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	脱退年月日	7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	コード	回収区分	職業	事由

被扶養者欄 4	氏名	(フリガナ) _____ (氏) _____ (名) _____	生年月日	5. 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	性別	1. 男 2. 女	続柄	
	個人番号(12桁)	脱退の場合、記入の必要はありません。		住所	1.同居 2.別居			
	認定年月日	7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	脱退年月日	7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	コード	回収区分	職業	事由

[注意事項] 1. 異動者のみ記入してください。 2. 印欄は記入しないでください。 3. 出生以外の認定の場合は現況書と各証明書等を添付してください。 4. 脱退の場合は該当する方の健康保険証を必ず添付してください。