常務理事	部　長	課　長	係　長	係　員

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

※の欄は記入しないでください

※任意継続記号番号		※ 資格取得年月日	※ 資格喪失年月日	※ 標準報酬月額
999		平成　　年　　月　　日	平成　　年　　月　　日	千円

申出者	住所	〒　　—				TEL（　　）　　—			
	フリガナ 氏　名	㊞	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
最後に被保険者として使用されていた事業所	名称			所在地					
	健康保険証の記号番号			資格取得年月日		資格喪失年月日			
				昭和 平成	年　月　日	平成	年　月　日		
退職理由 （該当する番号に○をしてください）	1 定年退職　　2 自己都合 3 ＊自己都合（雇用保険の特定受給資格者・特定理由離職者） 4 ＊倒産・解雇　　5 その他（　　） ＊は下記の〔ご注意〕をご参照ください								

◎ 扶養家族のある方で、引続き被扶養者として申請するときは下欄に記入してください

被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	世帯	1ヵ月平均収入額	備考
フリガナ	男 女	昭・平　年　月　日		同居 別居	有・無 円	
フリガナ	男 女	昭・平　年　月　日		同居 別居	有・無 円	
フリガナ	男 女	昭・平　年　月　日		同居 別居	有・無 円	
フリガナ	男 女	昭・平　年　月　日		同居 別居	有・無 円	
フリガナ	男 女	昭・平　年　月　日		同居 別居	有・無 円	

『添付書類』

2015.10

受付日付印

・住民票、または運転免許証の写など、現住所の確認できるもの。
・19歳以上の被扶養者を申請するときは、つぎの書類が必要となります。
　学　　生……学生証の写し
　年金受給者……年金振込(支払)通知書の写し
　学生・年金受給者以外 …年間の収入を確認できるもの
　（賃金明細書・市区町村発行の所得証明書など）

【ご注意】

○退職日の翌日から20日以内に必ず申請してください。（健保法第37条）
申請期限を過ぎると正当な理由（天災地変、交通関係のスト等）がない限り受理できません。

○資格喪失年月日は退職日の翌日を記入してください。

＊退職理由が雇用保険の特定受給資格者（倒産・解雇等）・特定理由離職者（雇い止め等）に該当する場合、国民健康保険の保険料が低額になることがありますので市区町村の担当課でご相談ください。