# 健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書

記入前に必ずお読みください。

1.加入資格：退職日まで2ヶ月以上被保険者期間があること。
2.申請締切：申請書は退職日の翌日から20日以内に健保組合必着。
3.初回保険料を添えて　現金書留　で送って下さい。
◇◇月をまたいで申請書と保険料が健保組合に届く場合は、2ヶ月分の保険料を添えてください。◇◇

送付先　〒247-0072　神奈川県鎌倉市岡本2-13-18　富士ソフト健康保険組合

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

（注意）
◆次の事由に該当した場合は資格喪失となります。
1 被保険者期間が2年に達した時
2 再就職により他の健康保険に加入した時
3 死亡した時
4 健康保険料を納付日までに納めなかった時
5 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を申し出た時

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | ケンポ　タロウ | 生年月日 | 昭和・平成・令和　○○年　○月　○日（満　XX　歳） | 性別 | 男・女 |
| 申請者の氏名 | 健保　太郎 | | | | |
| フリガナ | ××ケン××シ××チョウ1－2－3 | | | | |
| 退職後住所（保険料納付書送付先） | 〒　123　－　4567<br>××県××市××町1－2－3 | 自宅TEL：012（345）6789<br>携帯TEL：090（1234）5678 | | | |
| 退職時の会社名 | 会社名 | ○○株式会社 | | | |
| | 在職中の健康保険の記号・番号 | 記号　△△△ | 番号　1234 | | |
| | 資格取得年月日 | 昭和・平成・令和　14　年　4　月　1　日 | 資格喪失年月日 | 令和　2　年　6　月　1　日（退職日の翌日） | |

## 被扶養者届

退職時被扶養者であり、引き続いて被扶養者として認定を希望するときは記入してください。

| 氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 | 収入 有の場合は直近の収入が確認できる書類を添付して下さい。 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 健保　花子 | 男・女 | 昭和・平成・令和　○○・○・○ | 妻 | 無・有　1 年金、恩給　2 パート、アルバイト　3 その他収入 | 1ヶ月当り 7万 円 |
| 健保　一郎 | 男・女 | 昭和・平成・令和　○○・○・○ | 長男 | 無・有　1 年金、恩給　2 パート、アルバイト　3 その他収入 | 1ヶ月当り 円 |
| 健保　元気 | 男・女 | 昭和・平成・令和　○○・○・○ | 次男 | 無・有　1 年金、恩給　2 パート、アルバイト　3 その他収入 | 1ヶ月当り 円 |
| | 男・女 | 昭和・平成・令和　・・ | | 無・有　1 年金、恩給　2 パート、アルバイト　3 その他収入 | 1ヶ月当り 円 |
| | 男・女 | 昭和・平成・令和　・・ | | 無・有　1 年金、恩給　2 パート、アルバイト　3 その他収入 | 1ヶ月当り 円 |

収入有の場合は、直近の収入が確認できる書類の写を添付してください。
(例:給与明細書の写)

### ※健康保険組合記入欄

| 記号 | 番号 |
|---|---|
| | |
| ※ 任意継続被保険者資格取得日 | 令和　年　月　日 |
| ※ 任意継続被保険者資格喪失予定日 | 令和　年　月　日 |
| ※ 資格喪失の際の標準報酬月額 | 千円 |
| ※ 健保組合平均標準報酬月額 | 千円 |
| ※ 決定標準報酬月額 | 千円 |
| ※ 健 | 円 |
| 内訳 | ）円 |
| | ）円 |
| ※ 調整保険料 | 円 |
| ※ 介護保険料 | 円 |
| ※ 合計 | 円 |

受付日印

富士ソフト健康保険組合