

| | | | |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| | | | |

★記入上の注意★

- ①この申請書は資格喪失日（退職した日の翌日）から**20日以内**に申請してください。
- ②申請者が記入する太枠内は洩れなく記入してください。

【添付書類】

- ①**住民票原本**（会社に個人番号を届出していない場合には個人番号記載のもの）
 - a. 被扶養者のいらっしゃる方は本人のみの住民票
 - b. 被扶養者が同居の場合は世帯全員の住民票（続柄記載のもの）
 - c. 被扶養者が別居の場合は別居先の住民票（続柄記載のもの）
- ②**被扶養者（16歳以上）の所得（課税・非課税）証明書（原本）** ※学生証（写）不可
（年金受給者は年金額わかる振込通知書等（写）もご提出ください）
- ③**被扶養者が別居の場合は被保険者からの送金証明直近3ヶ月分（通帳の写し等）**

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

●国民健康保険に加入したい、被扶養者の認定を受けたい等の理由で加入期間の途中で任意継続被保険者をやめることは出来ません

| | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----|------|---|------|----|------------|-----|
| 資格喪失の際の 被保険者証の記号番号 | 記号 | 番号 | フリガナ | | 性別 | | | |
| 資格喪失日(退職日の翌日) | 平成 | 年 | 月 | 日 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 退職時の事業所名 フリガナ | | | | | | | | |
| 被扶養者の氏名 | 性別 | 生 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | 同居・別居(送金額) | 収入額 |
| | | | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | 年 | 月 | 日 | | | |
| 健康保険料自動払込等 ゆうちょ銀行口座記入欄 | 記号： | 番号： | | | | | | |
| 保険料納付方法(選択制) 「引落方法」 | ①単月払い(毎月) ・ ②1年払い(3/10) ・ ③半年払い(3/10と9/10) 12ヶ月分 6ヶ月分 | | | | | | | |
| 上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日 日 〒 住所 氏名 印 自宅の電話 携帯番号 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|-------|----|-----------------------------------------|-------|--|--|---|
| 健 保 記 入 欄 | 被保険者証の記号 | 999 | 番号 | 保 険 料 額 | | | | 円 |
| | 資格取得日 | 年 月 日 | | 内 訳 | 健康保険料 | | | 円 |
| | 資格喪失予定日 | 年 月 日 | | | 介護保険料 | | | 円 |
| | 決定標準報酬月額 | 千円 | | 上限報酬月額 | 千円 | | | |
| | 退職時標準報酬月額 | 千円 | | KDDI健康保険組合加入期間 年 月 日から 年 月 日まで：期間 年 カ月間 | | | | |