

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

退職などで健康保険の資格がなくなった後も、引き続き個人で健康保険に加入する場合にご使用ください。なお、提出期限は、退職日の翌日から20日以内（必着）です。

被保険者情報	被保険者証 (勤務していたときに使用していた)	記号	番号	生年月日				
	個人番号 (記号番号がわからないときにご記入ください)			<input type="checkbox"/>	1. 昭和 2. 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住民票住所	〒	—					
	居所	〒	—	(住民票住所と居所が同じ場合は記入不要です)				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	携帯電話	—	—			

勤務していた事業所	名称			所在地			
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
保険料の納付方法 (希望する番号をご記入ください)	<input type="checkbox"/>	1. 毎月納付	<input type="checkbox"/>	2. 6か月前納	<input type="checkbox"/>	3. 12か月前納	
資格確認書 発行要否	※発行が必要な場合、発行が必要にチェックと該当理由番号をご記入ください。						
<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> 1. マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 <input type="checkbox"/> 2. マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 <input type="checkbox"/> 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者						

【被扶養者届】 配偶者を扶養に入れる場合はご記入ください。

配偶者情報	氏名 (フリガナ)	生年月日									
			<input type="checkbox"/> 1. 昭和 2. 平成						年	月	日
	性別	続柄	職業	収入(年間)							
	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	<input type="checkbox"/> 1. 配偶者 <input type="checkbox"/> 2. 配偶者(未届)	<input type="checkbox"/> 1. 無職 2. パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 3. 年金受給者 <input type="checkbox"/> 4. その他()	<input type="checkbox"/> 1. 収入なし 2. 130万円未満 <input type="checkbox"/> 3. 130万~180万円未満 <input type="checkbox"/> 4. 180万円以上							
	個人番号	同居・別居の別	仕送額(年間)	仕送回数(年間)	海外在住の場合はその理由						
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. 同居 <input type="checkbox"/> 2. 別居 → 記入	<input type="text"/> 万円	<input type="text"/> 回	<input type="checkbox"/> 1. 留学 2. 同行家族 <input type="checkbox"/> 3. 特定活動 <input type="checkbox"/> 4. 海外勤務等 <input type="checkbox"/> 5. その他()						
	住所(住民票住所と同じ場合は居所の記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)										
住民票住所	〒	—									
居所	〒	—									
資格確認書 発行要否	※発行が必要な場合、発行が必要にチェックと該当理由番号をご記入ください。										
<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> 1. マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 <input type="checkbox"/> 2. マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 <input type="checkbox"/> 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者										

配偶者以外の被扶養者がいる場合は、2ページ目に続きます。▶

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書【被扶養者届】

被扶養者情報1	氏名 (フリガナ)		生年月日	
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	
	性別	続柄	職業	収入 (年間)
	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	<input type="checkbox"/> 1. 実子・養子 2. 1以外の子 <input type="checkbox"/> 3. 父母・養父母 4. 義父母 <input type="checkbox"/> 5. 兄弟姉妹 6. 祖父母 7. 曾祖父母 <input type="checkbox"/> 8. 孫 9. その他 ()	<input type="checkbox"/> 1. 無職 2. パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 3. 年金受給者 <input type="checkbox"/> 4. 中学生以下 5. 高・大学生 <input type="checkbox"/> 6. その他 ()	<input type="checkbox"/> 1. 収入なし <input type="checkbox"/> 2. 130万円未満 <input type="checkbox"/> 3. 130万～180万円未満 <input type="checkbox"/> 4. 180万円以上
個人番号	同居・別居の別	仕送額 (年間)	仕送回数 (年間)	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. 同居 <input type="checkbox"/> 2. 別居	2の場合 <input type="text"/> 万円 に記入	<input type="text"/> 回	<input type="checkbox"/> 1. 留学 2. 同行家族 <input type="checkbox"/> 3. 特定活動 <input type="checkbox"/> 4. 海外配偶等 <input type="checkbox"/> 5. その他 ()
住所 (住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)				
住民票住所 〒 -				
居所 〒 -				
資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/>				
※発行が必要な場合、発行が必要にチェックと該当理由番号をご記入ください。 1. マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 2. マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者				

被扶養者情報2	氏名 (フリガナ)		生年月日	
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	
	性別	続柄	職業	収入 (年間)
	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	<input type="checkbox"/> 1. 実子・養子 2. 1以外の子 <input type="checkbox"/> 3. 父母・養父母 4. 義父母 <input type="checkbox"/> 5. 兄弟姉妹 6. 祖父母 7. 曾祖父母 <input type="checkbox"/> 8. 孫 9. その他 ()	<input type="checkbox"/> 1. 無職 2. パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 3. 年金受給者 <input type="checkbox"/> 4. 中学生以下 5. 高・大学生 <input type="checkbox"/> 6. その他 ()	<input type="checkbox"/> 1. 収入なし <input type="checkbox"/> 2. 130万円未満 <input type="checkbox"/> 3. 130万～180万円未満 <input type="checkbox"/> 4. 180万円以上
個人番号	同居・別居の別	仕送額 (年間)	仕送回数 (年間)	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. 同居 <input type="checkbox"/> 2. 別居	2の場合 <input type="text"/> 万円 に記入	<input type="text"/> 回	<input type="checkbox"/> 1. 留学 2. 同行家族 <input type="checkbox"/> 3. 特定活動 <input type="checkbox"/> 4. 海外配偶等 <input type="checkbox"/> 5. その他 ()
住所 (住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)				
住民票住所 〒 -				
居所 〒 -				
資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/>				
※発行が必要な場合、発行が必要にチェックと該当理由番号をご記入ください。 1. マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 2. マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者				

被扶養者情報3	氏名 (フリガナ)		生年月日	
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	
	性別	続柄	職業	収入 (年間)
	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	<input type="checkbox"/> 1. 実子・養子 2. 1以外の子 <input type="checkbox"/> 3. 父母・養父母 4. 義父母 <input type="checkbox"/> 5. 兄弟姉妹 6. 祖父母 7. 曾祖父母 <input type="checkbox"/> 8. 孫 9. その他 ()	<input type="checkbox"/> 1. 無職 2. パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 3. 年金受給者 <input type="checkbox"/> 4. 中学生以下 5. 高・大学生 <input type="checkbox"/> 6. その他 ()	<input type="checkbox"/> 1. 収入なし <input type="checkbox"/> 2. 130万円未満 <input type="checkbox"/> 3. 130万～180万円未満 <input type="checkbox"/> 4. 180万円以上
個人番号	同居・別居の別	仕送額 (年間)	仕送回数 (年間)	海外在住の場合はその理由
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. 同居 <input type="checkbox"/> 2. 別居	2の場合 <input type="text"/> 万円 に記入	<input type="text"/> 回	<input type="checkbox"/> 1. 留学 2. 同行家族 <input type="checkbox"/> 3. 特定活動 <input type="checkbox"/> 4. 海外配偶等 <input type="checkbox"/> 5. その他 ()
住所 (住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)				
住民票住所 〒 -				
居所 〒 -				
資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/>				
※発行が必要な場合、発行が必要にチェックと該当理由番号をご記入ください。 1. マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 2. マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者				

ご留意事項

1) 任意継続の加入期間は最長2年間ですが、次のいずれかに該当したときは資格を喪失します。

- ア 保険料を納付期限までに納付しなかったとき
- イ 任意継続被保険者が任意の資格喪失を申し出たとき
- ウ 被保険者が就職して他の健康保険の被保険者資格を取得したとき
- エ 被保険者が後期高齢者医療制度の被保険者資格を取得したとき
- オ 被保険者が亡くなったとき

○上記イ～オに該当する場合は「任意継続被保険者資格喪失申出書」をご提出ください。

○保険料を前納した被保険者についても任意での資格喪失は可能であり、前納に係る期間の経過前の資格喪失であれば、未経過期間に係る前納保険料は返還となります。保険料を前納している被保険者で資格喪失にあたり保険料の返還がある場合は、資格喪失処理後、当健康保険組合から「任意継続保険料還付請求書」をお送りいたします。

2) 任意継続被保険者の資格喪失日について

任意継続被保険者は、下記のいずれかの日に資格を喪失します。資格喪失後、すみやかに、資格確認書等を当健康保険組合にご返還いただきます。

- ・任意継続被保険者資格喪失申出書が受理された日の属する月の翌月1日
- ・保険料を納付期限までに納付しなかったとき、納付期限の翌日
- ・2年間の期間満了日の翌日
- ・適用事業所に就職して他の健康保険や船員保険の被保険者となった日
- ・75歳の誕生日、または後期高齢者医療制度の被保険者となった日
- ・死亡した日の翌日

3) 保険料の前納

事前に一定期間分を前納することができ、保険料が年4%（複利現価法による）割引されます。前納ができる時期は3月または9月です。

- ・6か月前納 ⇒ 4月分～9月分、または10月分～翌年3月分
- ・12か月前納 ⇒ 4月分～翌年3月分

ただし、資格取得月によっては下記のようになります。

（例）任意継続保険の資格取得日：6月1日

6か月前納の場合 ⇒ 6月分納付書、7月分～9月分前納納付書（前納納付期限：6月末）

12か月前納の場合 ⇒ 6月分納付書、7月分～翌年3月分前納納付書（前納納付期限：6月末）

4) 住所や氏名が変わったとき

住所や氏名が変わったときは、変更後5日以内に「任意継続被保険者氏名 生年月日 性別 住所 電話番号変更（訂正）届」、「任意継続被扶養者変更（訂正）届」をご提出ください。

恐れ入りますが、添付書類等につきましては当健康保険組合にご確認ください。

各種届書・申請書は、当健康保険組合のホームページからダウンロードが可能です。

近畿しんきん健康保険組合 ホームページ

<https://www.ks-kenpo.jp/>

