

# 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

|        |      |       |      |     |
|--------|------|-------|------|-----|
| 決<br>裁 | 常務理事 | マネジャー | リーダー | 担当者 |
|        |      |       |      |     |

正

太線枠のみ記入してください  
被保険者自ら署名する場合には押印は不要です  
提出期限・・・被保険者資格を喪失した日から20日以内

|       |                    |          |      |           |
|-------|--------------------|----------|------|-----------|
| 申請者情報 | 資格喪失前の被保険者証        | 記号       | 番号   | 喪失前の事業所名称 |
|       | 資格喪失年月日<br>(退職日翌日) | 令和 年 月 日 | フリガナ | 被保険者氏名    |
|       | 住民票住所(※1)          | 〒 -      | TEL  | ( )       |

(※1)居住地が住民票住所と異なる場合は、「住所変更届」の「居住地住所」に○をつけ、居住地住所を記載してこの届出と一緒に提出ください。

|  |                               |                                      |                                      |   |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <b>保険料の納付方法</b><br>※希望する納付方法に○をしてください。 | <input type="checkbox"/> 1.各月 | <input type="checkbox"/> 2.前納半年(年2回) | <input type="checkbox"/> 3.前納一年(年1回) | 注)2.3の前納を選択した場合は、任意継続の資格を取得した月の末日までに前納分保険料を納付する必要があります。<br>また、前納をした期間については、就職・死亡以外の理由で任意継続を脱退した場合に、保険料が返還されません。 |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

●喪失前から被扶養者となられていた方を引き続き被扶養者とする場合にご記入ください。新たに追加する場合は別途「被扶養者増加届」が必要です。

| 被扶養者情報 | 氏名 | 続柄 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭平令 | 年 | 月 | 日 | 職業 | 収入(月収) | 円 | 認定日 | 令和 年 月 日 |
|--------|----|----|----|-----|------|-----|---|---|---|----|--------|---|-----|----------|
|        | 氏名 |    |    |     |      |     |   |   |   |    |        |   |     | √        |
| 氏名     |    |    |    |     |      |     |   |   |   |    |        |   | √   |          |
| 氏名     |    |    |    |     |      |     |   |   |   |    |        |   | √   |          |
| 氏名     |    |    |    |     |      |     |   |   |   |    |        |   | √   |          |

※健保記入欄

MBK連合健康保険組合 理事長 殿  
令和 年 月 日 上記のとおり申請します。

|                   |           |     |              |          |           |    |     |   |       |
|-------------------|-----------|-----|--------------|----------|-----------|----|-----|---|-------|
| ※健保記入欄            | 任意継続被保険者証 |     | 任意継続の資格取得年月日 |          | 標準報酬月額    |    | 保険料 |   | 受付日付印 |
|                   | 記号        | 900 | 番号           |          | 喪失時月額     | 千円 | 月額  | 円 |       |
|                   |           |     |              | 令和 年 月 日 | 任継保険料決定月額 | 千円 | 前納  | 円 |       |
| 自動払込利用申込書 : 有 ・ 無 |           |     |              |          | 備考        |    |     |   |       |

# 健康保険 任意継続被保険者資格取得確認及び標準報酬決定通知書

副

|       |                    |    |    |   |   |      |           |  |  |  |  |  |  |     |     |  |   |      |    |   |   |   |    |     |
|-------|--------------------|----|----|---|---|------|-----------|--|--|--|--|--|--|-----|-----|--|---|------|----|---|---|---|----|-----|
| 申請者情報 | 資格喪失前の被保険者証        | 記号 | 番号 |   |   |      | 喪失前の事業所名称 |  |  |  |  |  |  |     |     |  |   |      |    |   |   |   |    |     |
|       | 資格喪失年月日<br>(退職日翌日) | 令和 | 年  | 月 | 日 | フリガナ |           |  |  |  |  |  |  |     |     |  | 印 | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
|       | 住民票住所(※1)          | 〒  | -  |   |   |      |           |  |  |  |  |  |  | TEL | ( ) |  |   |      |    |   |   |   |    |     |

(※1) 居住地が住民票住所と異なる場合は、「住所変更届」の「居住地住所」に○をつけ、居住地住所を記載してこの届出と一緒に提出ください。

|                                 |      |             |             |   |
|---------------------------------|------|-------------|-------------|---|
| 保険料の納付方法<br>※希望する納付方法に○をしてください。 | 1.各月 | 2.前納半年(年2回) | 3.前納一年(年1回) | 注)2.3の前納を選択した場合は、任意継続の資格を取得した月の末日までに前納分保険料を納付する必要があります。また、前納をした期間については、就職・死亡以外の理由で任意継続を脱退した場合に、保険料が返還されません。 |
|---------------------------------|------|-------------|-------------|---|

●喪失前から被扶養者となられていた方を引き続き被扶養者とする場合にご記入ください。新たに追加する場合は別途「被扶養者増加届」が必要です。

| 被扶養者情報 | 氏名 | 続柄 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭平令  | 年   | 月 | 日 | 職業 | 収入(月収) | 円      | 認定日 | 令和  | 年  | 月 | 日 | ※健保記入欄 |
|--------|----|----|----|-----|------|------|-----|---|---|----|--------|--------|-----|-----|----|---|---|--------|
|        | 氏名 |    |    | 性別  | 男・女  | 生年月日 | 昭平令 | 年 | 月 | 日  | 職業     | 収入(月収) | 円   | 認定日 | 令和 | 年 | 月 |        |
| 氏名     |    |    | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭平令  | 年   | 月 | 日 | 職業 | 収入(月収) | 円      | 認定日 | 令和  | 年  | 月 | 日 |        |
| 氏名     |    |    | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭平令  | 年   | 月 | 日 | 職業 | 収入(月収) | 円      | 認定日 | 令和  | 年  | 月 | 日 |        |
| 氏名     |    |    | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭平令  | 年   | 月 | 日 | 職業 | 収入(月収) | 円      | 認定日 | 令和  | 年  | 月 | 日 |        |

|        |           |     |              |          |            |    |     |   |       |  |
|--------|-----------|-----|--------------|----------|------------|----|-----|---|-------|--|
| ※健保記入欄 | 任意継続被保険者証 |     | 任意継続の資格取得年月日 |          | 標準報酬月額     |    | 保険料 |   | 確認日付印 |  |
|        | 記号        | 900 | 番号           |          | 喪失時月額      | 千円 | 月額  | 円 |       |  |
|        |           |     |              | 令和 年 月 日 | 任継続保険料決定月額 | 千円 | 前納  | 円 |       |  |

提出された被保険者資格取得届に基づき上記の通り資格取得の確認及び標準報酬の決定がなされたので通知します。

MBK連合健康保険組合 理事長