

健康保険 任意継続

S K健康保険組合使用欄

令和3年10月1日改定

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者 資格取得申請書

健保欄	任意継続被保険者証記号	100	任意継続被保険者証番号		任意継続資格取得	令和	年	月	日	標準報酬月額決定		千円
-----	-------------	-----	-------------	--	----------	----	---	---	---	----------	--	----

選択欄は選択肢の該当数字に○をして下さい。

被保険者申請欄	証記号		証番号		保険料の納付方法 必ず納付方法を選択して下さい。 1. 口座振替（毎月納付のみ） 『口座振替依頼書』も併せて提出下さい。 2. 半年 前納 3. 1年 前納					
	被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入 マイナンバー									
	フリガナ		生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	
	漢字氏名		引越の予定	1. 無	2. 有（令和	年	月	日）		
	現住所（初回の書類の送付先）	〒	-	固定電話	-	-	携帯電話	-		
	勤務していた事業所の名称		退職時の標準月額		千円	※事業所担当者資格喪失日・標準月額	<input checked="" type="checkbox"/>			
	資格取得日（保険証に記載）	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	この申請書を提出した日	令和	年	月	日
	あなたの退職日	令和	年	月	日	遅延の場合の理由	1. 天変地異	2. 通信スト	3. 交通スト	
	資格喪失日（退職日の翌日）	令和	年	月	日	備考・連絡事項				
	確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。							

任意継続資格取得時に引続き扶養する被扶養者	フリガナ		続柄 ※長男等具体的に		性別	1. 男 2. 女	健保使用欄
	漢字氏名		被保険者と別居の場合のみ	〒	-	電話	-
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日		
	フリガナ		続柄 ※長男等具体的に		性別	1. 男 2. 女	健保使用欄
漢字氏名		被保険者と別居の場合のみ	〒	-	電話	-	
生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日			
フリガナ		続柄 ※長男等具体的に		性別	1. 男 2. 女	健保使用欄	
漢字氏名		被保険者と別居の場合のみ	〒	-	電話	-	
生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日			

【注意事項】

- この届出は資格喪失後20日以内に当組合へ到着するよう提出下さい。
〔被保険者申請欄内の遅滞事由以外は受付不可〕
- 被保険者期間が2カ月以上無い場合は、この申請をすることができません。
- 太線内を記入（在籍時に引続き被扶養者となる場合は被扶養者欄も記入して下さい。）
- 新たに被扶養者となられる方は「被扶養者届（増加用）」等、書類の提出が必要です。