

太線の中を記入し、押印してください。（自署の場合は押印は不要です。）

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	係長	係

申出者等に関する事項

①	フリガナ			㊟	
	氏名	(氏)	(名)		
②	生年月日及び性別	昭和・平成 年 月 日		男・女	
③	住所	住民票住所	※住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ()		
		居所			
④	電話番号	(自宅) — —	(携帯) — —		
⑤	資格確認書の発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※必ず〔記入の方法(裏面)〕をご確認ください。			
⑥		記号	番号		
⑦	退職するまで使用していた被保険者等の記号・番号 事業所名称等	事業所名称			
⑧		事業所所在地			
⑨		資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和 年 月 日		
⑩	保険料の納付方法	保険料の納付方法について、次のいずれか一つに☑をしてください。			
		<input type="checkbox"/> 毎月納付	<input type="checkbox"/> 6ヶ月前納	<input type="checkbox"/> 12ヶ月前納	
健康組合使用欄	任意継続被保険者等 記号・番号	記号	56	番号	摘要
	資格取得年月日	令和 年 月 日			
標準報酬月額	標準報酬月額	健康保険料	介護保険料	1ヶ月分保険料額	
	千円	円	円	円	

被扶養者に関する事項

被扶養者となられる方	㊦ 氏名	㊩ 生年月日	㊧ 性別	㊨ 続柄	㊪ 職業	㊫ 同居別居の別	
	(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日 令和	男 ・ 女			1.国内居住 2.海外居住	1.同居 2.別居 (別世帯含)
住所	㊬ 住民票住所					㊭ 資格確認書の発行要否	
	居所					<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※必ず〔記入の方法(裏面)〕をご確認ください。	
被扶養者となられる方	㊦ 氏名	㊩ 生年月日	㊧ 性別	㊨ 続柄	㊪ 職業	㊫ 同居別居の別	
	(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日 令和	男 ・ 女			1.国内居住 2.海外居住	1.同居 2.別居 (別世帯含)
住所	㊬ 住民票住所					㊭ 資格確認書の発行要否	
	居所					<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※必ず〔記入の方法(裏面)〕をご確認ください。	
被扶養者となられる方	㊦ 氏名	㊩ 生年月日	㊧ 性別	㊨ 続柄	㊪ 職業	㊫ 同居別居の別	
	(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日 令和	男 ・ 女			1.国内居住 2.海外居住	1.同居 2.別居 (別世帯含)
住所	㊬ 住民票住所					㊭ 資格確認書の発行要否	
	居所					<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※必ず〔記入の方法(裏面)〕をご確認ください。	
被扶養者との生計維持関係を判断するため、被保険者の退職後の定期的な収入額を記入してください。						千円	
被扶養者でない配偶者を有する時は、配偶者の年収を記入してください。						円	

【資格取得申出要件】

- 1 退職日(資格喪失日の前日)までに継続して2ヶ月以上の被保険者期間が必要です。
- 2 退職日の翌日から20日以内に提出しなければなりません。（郵送は必着となります。）

【被扶養者となられる方がいる場合】

- 1 資格取得時に被扶養者となられる方がいるときは「被扶養者に関する事項」を記入してください。
- 2 退職後は収入等に変化が生じることから、退職時に被扶養者であった家族についても、被扶養者の認定要件を満たしているか改めて確認しますので、裏面の【被扶養者となられる方がいる場合】を必ずご覧ください。

ご不明な点は、当組合業務課にお問合せください。

受付日付印

〒113-8511 東京都文京区本郷5-33-10 いちご本郷ビル3階
 東京都家具健康保険組合 TEL：03-5990-9390 【対応番号：1】

【記入上の注意】

1. 太線の中を記入し、押印してください。（自署の場合は押印不要です。）
2. 文字は、ボールペン等の消えない筆記具を用いて楷書ではっきりと記入してください。
3. 当健康保険組合から、郵便または電話で連絡する場合がありますので、住所及び電話番号は正確に記入してください。

【記入の方法】

1. ②の年号及び性別は、該当する項目を○で囲んでください。
2. ③は、住民票の住所をご記入ください。また、住民票住所と居所が異なる場合は、下段に居所をご記入ください。
同一の場合は、居所欄は記載不要です。
3. ⑤及び⑦は、資格確認書の発行が必要な場合（※）は「発行が必要」にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。
 - ・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
 - ・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
 - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
4. ⑩は、希望する保険料の納付方法にをしてください。
5. ①の年号は、該当する項目を○で囲んでください。
6. ④は、該当する性別を○で囲んでください。
7. ⑥は、被保険者との続柄を「妻」、「長男」、「長女」などご記入してください。
8. ⑧の職業は、その実態がわかるように、「小学6年生」、「高校2年生」、「年金受給者」などと記入してください。
9. ⑨は、被保険者と「同居」か「別居（別世帯含む）」かを○で囲んでください。「同居」とは、世帯が同一の場合（住民票が一緒）であり、住所が同じでも世帯が同一でない場合は、「別居（別世帯含む）」になります。
10. ⑫は、同居の場合は記載不要です。別居の場合は、住民票の住所をご記入ください。
また、住民票住所と居所が異なる場合は、下段に居所をご記入ください。

【被扶養者となられる方がいる場合】

- ◎ 退職時に被扶養者であった家族でも、退職により被保険者の収入に変化が生じることから、退職後の被保険者の収入（保険料算出基礎となる標準報酬月額と、その他の定期的な収入。ただし、失業給付金等は含めません。）と、被扶養者の収入（定期的な収入）をみて、被扶養者の認定要件を満たしているか改めて確認しますので、「被扶養者に関する事項」に記入のうえ、被扶養者調査票や証明書類を添付して申請してください。