

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

申出者記入用

被 保 険 者 情 報	退職前(資格喪失前)の 記 号 ・ 番 号		記 号	番 号	令和 年 月 日提出			
	氏 名		(フリガナ)			資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要	
	生年月日		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和			性 別	☐ 男 ☐ 女	
	住 所	住民票住所	〒 -	都 道 府 県				
		居 所 居住している住所が住民票 住所と異なる場合に記入	〒 -	都 道 府 県				
電 話 番 号		(自宅)			(携帯)			

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 年 月 日	

健康保険 被扶養者届 【資格取得時】

◎任意継続被保険者の資格取得日に有する被扶養者のみご記入ください。
◎資格取得日の翌日以降に被扶養者となる場合は、別途『健康保険被扶養者(異動)届』をご提出ください。

被 扶 養 者 欄	被扶養者の氏名		資格確認書発行要否	生年月日	性別	続柄	職業	年金受給	年間収入	
	(フリガナ)		☐ 発行が必要	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 男 ☐ 女			☐ あり ☐ なし	万円	
	住 所	住民票住所	〒 -	都 道 府 県				同居・別居 ☐ 同居 ☐ 別居		
		居 所 居住している住所が住民票 住所と異なる場合に記入	〒 -	都 道 府 県						
	マイナンバー(個人番号12桁)									
	被扶養者の氏名		資格確認書発行要否	生年月日	性別	続柄	職業	年金受給	年間収入	
	(フリガナ)		☐ 発行が必要	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 男 ☐ 女			☐ あり ☐ なし	万円	
	住 所	住民票住所	〒 -	都 道 府 県				同居・別居 ☐ 同居 ☐ 別居		
		居 所 居住している住所が住民票 住所と異なる場合に記入	〒 -	都 道 府 県						
	マイナンバー(個人番号12桁)									
	被扶養者の氏名		資格確認書発行要否	生年月日	性別	続柄	職業	年金受給	年間収入	
	(フリガナ)		☐ 発行が必要	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 男 ☐ 女			☐ あり ☐ なし	万円	
住 所	住民票住所	〒 -	都 道 府 県				同居・別居 ☐ 同居 ☐ 別居			
	居 所 居住している住所が住民票 住所と異なる場合に記入	〒 -	都 道 府 県							
マイナンバー(個人番号12桁)										
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。							万円			

※被扶養者のマイナンバーは必ず記入して下さい。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

組合使用欄(記入しないで下さい。)

任意継続被保険者番号	標準報酬月額	千円
------------	--------	----

裏面をお読みください。

任意継続制度に加入するための要件

【健康保険加入期間の要件】

- 資格喪失年月日の前日（退職日）までに継続して2ヶ月以上の被保険者期間があること。
（前に加入していた任意継続被保険者期間は含まれません。）

【提出期限】

- 資格喪失年月日（退職日の翌日）から20日以内に当組合へ申出書を提出すること。

※以下の点にご注意ください

- ・ 提出期限は、土、日、祝日など当組合の休業日にあたる場合は、翌運営日となります。
- ・ 提出期限までに当組合に到着（受付する）必要があります。

任意継続被保険者の加入期間

- 任意継続の加入期間は、任意継続被保険者となってから最長2年間です。

ただし、以下の理由に該当したときは、2年を経過する前であっても任意継続被保険者の資格を喪失します。

- （1）毎月の保険料を納付期限までに納付しなかったとき
- （2）就職等により、健康保険等の被保険者となったとき
- （3）被保険者の方が亡くなられたとき
- （4）被保険者の方が後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
- （5）任意継続被保険者でなくなることを申し出たとき

※ ご退職後（資格喪失後）に住民票住所が変更している場合には、変更後の住民票（原本）を添付してください。

【ご提出・お問い合わせ先】

〒753-0821
山口県山口市葵一丁目3番38号
山口県自動車販売健康保険組合
TEL (083) 923-1009 (受付/平日8:30~17:15)