

在職中の保険証の記号・番号を記入してください。

健 保 記 入 欄	総務			業務			初回保険料					
	課長	係長	係員	課長	係長	係員	証送付					
							郵送受付			窓口受付		
	資格取得			資格喪失 任継取得			期間満了			生年月日	S H R	年齢
	標準報酬 月額	喪失時	決 定	一般保険料	介護保険料	合 計	任継番号					入 金 額
			上限									円

### 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

※手続き方法及び保険料納付方法の注意事項は裏面にあります。ご一読いただき、下記の該当箇所にもれなくご記入ください。なお、初回保険料額は組合へお問い合わせください。  
 在職中より被扶養者がいる方で引き続き被扶養者として認定を希望される場合は⑥に記載してください。  
 任意継続資格取得日以降新たに被扶養者となられる方がいる場合は「被扶養者(異動)届」等を別途提出してください。

① 健康保険被保険者証の記号・番号	950	81				
② 資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和 5 年 4 月 1 日	③ 資格喪失の際の標準報酬月額	410 千円			
④ 資格喪失の際、お勤めされていた事業所	名 称	愛鉄工業 株式会社				
	所在地	名古屋市中区栄2丁目10番19号				
⑤ 被扶養者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有り ・ 無し [有り]を○で囲んだ場合は下記の被扶養者届を記入してください。					
⑥ 被扶養者届	氏 名	性 別	生年月日	続柄	同居/別居	年間収入
	中村 花子	男	昭平・令 58年2月21日	妻	同居	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未満
		女	昭平・令 年 月 日		同居	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未満
		男	昭平・令 年 月 日		同居	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未満
		女	昭平・令 年 月 日		同居	130万円(180万円※1参照) 1. 以上 2. 未満
※1 60歳以上の方または障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者の方の上記収入基準額は180万円(年間収入)となります。						
⑦ 保険料納付方法 □のいずれかにレ印を必ずつけてください。 ※裏面の注意事項等をご確認ください。	①	②	③			
<input checked="" type="checkbox"/> 毎月納付	<input type="checkbox"/> 直近の9月分まで前納 ※手続きが9月から2月の方は選択できません。	<input type="checkbox"/> 直近の3月分まで前納				

会社を退職した日の翌日を記入してください。

在職時から引き続き扶養を申請される方は、⑥被扶養者届欄を記入してください。

①、②、③の希望するものをひとつ選んで□のいずれかにレ印をつけてください。

上記のとおり申請します。

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

住 所	〒 453 - 0804 名古屋市村区黄金通1-18
フリガナ	ナカムラ タロウ
氏名	中村 太郎
電話番号	( 052 ) 461 - 6131 携帯番号 ( 090 ) 1234 - 5678

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認 (通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認 (運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

備考欄

☆お問い合わせ 愛鉄連健康保険組合 業務課 ☎052-461-6131  
 ☆郵 送 先 〒453-0804 名古屋市村区黄金通1-18 愛鉄連健康保険組合  
 ☆退職日まで継続して2か月以上の被保険者期間があること、退職日の翌日から20日以内に組合へ初回保険料を添えて任意継続被保険者資格取得申請書を提出することが、任意継続被保険者になるための条件です。(令和5年4月1日 改)

申請する方の住所、氏名を記入してください。なお、フリガナ・電話番号も必ず記入してください。

在職中の被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。