健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内を全て記入し、口座振替依頼書と合わせて会社へ提出してください。

加入条件：退職日までに継続して**2ヵ月以上被保険者**であること

申込期限：**退職日の翌日から20日以内**に会社経由で**健保に届くこと（必着）**　注：申込期限を過ぎると加入できません。

記号	番号	フリガナ	ケンポ　タロウ	生年月日
○○○○	○○○○○	氏名（被保険者）	健保　太郎	昭和・平成　○○年○○月○○日
個人番号（マイナンバー）※記号番号記入で省略可		会社名		退職日
		○○○○株式会社		令和　○○年○○月○○日

現住所	〒　○○○ － ○○○○ ○○県○○市○○町○丁目○○	連絡先	自宅　○○○ － ○○○ － ○○○○ 携帯　○○○ － ○○○○ － ○○○○
退職後、現住所から転居（予定）のある場合のみ記入		連絡先	○○○－○○○○－○○○○
変更後の住所	〒　－	転居予定日	月　日
		書類送付先	現住所・変更後住所

保険料引落先①か②を選択○を記入			備考
		① 三菱UFJ銀行からの口座振替　（毎月5日）	
	○	② ①以外の金融機関から口座振替　（前月27日） ＊金融機関での印鑑照合が必要　〈ゆうちょ銀行、ネット銀行を除く〉	

マイナ保険証について	① マイナンバーカードはお持ちですか？	② マイナンバーカードの保険証利用登録はお済みですか？
	☑ はい　☐ いいえ	☑ はい　☐ いいえ

今までの扶養家族の有無	有（ 2 ）人・無	ヘルシータイム送付希望（無料）	する・しない

（注）引続き扶養を希望される方のみご記入ください（ご記入が無い方は、任意継続から被扶養者資格がなくなります）。
（注）収入基準：（60歳未満）年間130万円未満/月108,334円未満、（60歳以上または障害年金受給者）年間180万円未満/月150,000円未満
（注）扶養家族が3名以上いる場合は、コピーしてご記入ください。

被扶養者届

	氏名	続柄	生年月日	性別	収入有無
被扶養者①	（フリガナ）ケンポ　クミコ 健保　組子	妻	昭和・平成・令和　○○年○○月○○日	女	あり・なし　給与・年金・その他（ 70,000 ）円／月
	① マイナンバーカードはお持ちですか？ ☑ はい　☐ いいえ		② マイナンバーカードの保険証利用登録はお済みですか？ ☑ はい　☐ いいえ		
被扶養者②	（フリガナ）ケンポ　ハナコ 健保　花子	長女	昭和・平成・令和　○○年○○月○○日	女	・あり　給与・年金・その他（　）円／月 なし
	① マイナンバーカードはお持ちですか？ ☑ はい　☐ いいえ		② マイナンバーカードの保険証利用登録はお済みですか？ ☑ はい　☐ いいえ		

【事業所担当者記入欄】

月変該当の確認	申請者が対象となる、未提出の月額変更届はありますか。	☐ はい（　月改定）　☐ いいえ

【健保記入欄】

記号	番号	退職時の標準報酬月額	年齢	介護保険（40～64歳）	納付方法
9800		改定　千円	歳	有・無	UFJ・MBS（　）

喪失日	決定月額（※算定注意）	保険料額	喪失届確認日	／	回収	／
令和　年　月　日	千円	円				

初回分振込用紙（　月分）	／	納付期限	／	金額	円	入金日	／	引落開始	／
（　月分）	／	納付期限	／	金額	円	入金日	／	発送	／
備考									

【お問い合わせ先】　トヨタ関連部品健康保険組合　TEL 0565－41－7412　FAX 0565－37－3070