記入例

家族を継続して健康保険の扶養に入れる場合は別途「健康保険被扶養者（異動）届」が必要です。

常務理事	事務長	係

伺年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日		
任意継続被保険者等記号・番号	150　－	任意継続被保険者期間	自　年　月　日 至　年　月　日		
資格喪失時標準報酬月額	,000円	前年9月30日全被保険者の平均標準報酬月額	,000円		
資格取得	年　月　日	資格喪失	年　月　日	被扶養者の有無	有　・　無

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失前の被保険者等記号・番号	－	被保険者等の記号・番号を記入してください。	
資格喪失年月日	退職日の翌日を記入してください。	資格喪失の際の標準報酬月額	記入不要　，000円
資格喪失の際使用されていた事業所	名称	退職日に在籍していた会社名・会社住所を記入してください。	
	所在地		
備考			

上記のとおり申請します。

年　月　日

〒　446-0002

押印（自署の場合は省略可）

住所（退職後）　名古屋市中村区名駅南〇丁目〇番〇号　△△マンション101号室

氏　名　健保　太郎　印

生年月日　昭和34年3月20日

自署の場合は押印を省略できます。

電話　052-〇〇〇-××××　E-mail　アドレスを記入してください

被保険者のマイナンバー記載欄（資格喪失前の被保険者証番号を記入した場合は不要です）

＊資格喪失年月日欄には退職日の翌日を記入すること。
＊保険料は下記いずれかに、お振込みください。（金額は労務課又は健保組合で確認）
＊資格喪失日から21日を経過した後にこの書類を提出する場合は遅滞した事由を記入すること。

≪振込先≫ ・みずほ銀行　名古屋法人支店　（普）0275390
・ゆうちょ銀行　記号　12120　番号　53619521
} イノアックケンコウホケンクミアイ

【※振込み手数料はお振込み人ご負担となります】