

保険料額	調整保険料	介護保険料	初回保険料額・領収日	常務理事	事務長	係	
記入例			円				
			年 月 日				
※資格喪失の際の標準報酬月額		千円	※健康保険組合理事長が公示した標準報酬月額		千円	※決定標準報酬月額	千円

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失の際の被保険者証の記号と番号	フリガナ	ケンポ タロウ					
1 - 12345	氏名	健保 太郎 (男・女)					
資格喪失年月日	生年月日	昭和・平成 46年1月20日			年齢	51 歳	
令和 6 年 4 月 1 日 (退職日の翌日が資格喪失日となります。)	名称	〇〇〇保険会社				事業所名称・所在地を記入	
資格喪失まで勤務していた事業所	所在地	東京都墨田区××町△-〇				口座振替はできません。	
保険料納入方法 (希望を○で囲む)	(1) 毎月払い (2) 6ヶ月分の前納 (3) (半期毎の一括納付) (取得月)						納
資格喪失前被保険者であった期間	自	平成・令和 30年4		被保険者証に記載の資格取得年月日を記入			
	至	令和 4年3					
被扶養者	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	退職年月日を記入	業または学年	収入の有無	同居の区分
	ケンポ ハナコ	昭和・平成・令和 45年12月24日	女	妻	パート	有・無	同・別
	健保 花子	45年12月24日	女	妻	パート	有・無	同・別
	ケンポ モモコ	昭和・平成・令和 17年4月29日	女	長女	高校2年生	有・無	同・別
健保 桃子	17年4月29日	女	長女	高校2年生	有・無	同・別	
	※引き続き被扶養者(家族)を扶養する場合であっても、再度扶養開始の手続きが必要です。「健康保険被扶養者(異動)届」等、必要書類を添付してください。					有・無	同・別
						有・無	同・別
保険給付金振込 (付加給付金等の振込) 希望金融機関	フリガナ	〇〇〇			銀行	フリガナ	支店
		〇〇〇				△△△	
		普通・当座			口座番号	1234567	

別紙「任意継続の手続きをされる方へ」
継続保険者制度について承知しました。
なお、定められた保険料の納入について

令和 6 年 〇 月 △ 日

申請者 住民票住所 〒104-0001

東京都 中央区 〇〇町 △ - ×

現住所 住民票住所と同住所

〒

電話

(03) 〇〇〇〇 - △△△

携帯電話

(090) 〇×〇× - △×△×

メールアドレス (退職後連絡用)

〇〇〇〇 @ △△△. ××. jp

氏名

健保 太郎

高額療養費や一部負担還元金
など、給付金が発生した際の
振込口座を記入 (必須)

任意

会社用メールではなく
ご退職後の個人アドレスを記入

この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください

- 被扶養者がいる場合は「被扶養者(異動)届」などの必要書類を添付してください。
- 申請書を提出後、10日以上経過しても保険料納入告知書が郵送されない場合は必ず健康保険組合にご連絡ください。連絡がなく期日までに保険料が納入されない場合はいかなる理由でも任意継続被保険者の資格を失効します。

提出先: 〒130-0013 東京都墨田区錦糸3-2-1 アルカイースト5階

AIG健康保険組合宛

提出期限: 退職日の翌日(資格喪失日)から起算して20日以内(健保必着)

2024/4