

保険料額	調整保険料	子ども子育て支援金	介護保険料	初回保険料額	常務理事	事務長	係	
記入例				円				
※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等の記号 (またはグローバルID)	フリガナ	ケンポ タロウ	
氏名	健保 太郎 (男・女)		
1 - 12345	生年月日	昭・平 46年1月20日	年齢 51 歳
資格喪失年月日	令和 8 年 4 月 1 日 (退職日の翌日が資格喪失日となります。)		
資格喪失まで勤務していた事業所	名称	〇〇〇保険会社 <small>事業所名称を記入</small>	
保険料納入方法 (希望を○で囲む)	(1) 毎月払い	(2) <small>口座振替はできません。</small>	(3) 1年分の前納 (取得月~取得後3月の3月)
資格喪失前被保険者であった期間	自	昭・平 30年4月1日	退職年月日を記入
	至	令和 8年3月31日	
被扶養者の有無 (該当する方を○で囲む)	有・無	※引き続き被扶養者(家族)を扶養する場合は、再度扶養開始の手続が必要です。 「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。	
資格確認書発行要否 (発行が必要な場合は✓と、交付理由番号[1~7より選択]を記載する)	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	※資格 1 マイナンバーカードを初発したため 2 マイナンバーカードの更新手続き中のため 3 マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 4 マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 5 マイナンバーカードを作っていないため 6 マイナンバーカードを返納・利用解除したため 7 マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため	
	交付理由番号	5	
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	フリガナ
	銀行	〇〇	支店
	普通・当座	口座番号	1234567
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) 以下に該当する場合は、✓があっても資格確認書の発行はいたしません。 ・マイナ保険証の利用登録済み ※マイナ保険証の利用登録済みの方で資格確認書の発行を希望される場合は、「マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書」の提出が必要になります。			
申請者	住民票住所	〒104-0000 東京都中央区〇〇町△-×	
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所と同じ場合は✓ 異なる場合は下段に現住所を記入	〒	
電話	() - △△△△		
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 <small>会社用メールではなくご退職後の個人アドレスを記入</small>		

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
- 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)