

提出先:ニチレイ健康保険組合

# 任意継続被保険者資格取得申請書

\*退職日の翌日(資格を喪失した日)から20日以内に健康保険組合へ提出願います。

\*退職後(資格喪失後)は従来の保険証は使用できませんので、5日以内に事業所へ返却願います。

加入要件は、退職日(資格喪失日の前日)まで継続して2ヶ月以上  
被保険者であった方で、加入期間は最長2年間です。

常務理事	事務長	係	係

記入日 年 月 日

退職時(資格喪失時)に勤務されていた会社名、事業所名をご記入下さい。

記号	番号	会社名	事業所名

フリガナ				男・女	
被保険者氏名					
生年月日	年	月	日	マイナ保険証の有無	有・無
退職年月日	年	月	日		
郵便番号・住所・電話	〒			都道府県	
新しい保険証のお届け先になりますので、正確な住所、連絡のつく電話番号をご記入下さい	電話				
	銀行				支店
現金給付が発生した際に 健保が振込む銀行口座 (ゆうちょ銀行不可)	普通預金口座 No.			(口座は本人名義に限定します。)	
保険料支払い方法	月払い	半年前納(加入月～9月)	前納(加入月～翌年3月)		

保険料は申請書受付後にお送りします保険料納付案内に従って、1或は2ヶ月分(健保が指示)の保険料を振込願います。  
納付案内に記載されております、期限までにお振込みがない場合、資格は取り消されますのでご注意ください。

通常の被扶養者認定同様「収入条件と同居の有無」等の条件により審査となります。

フリガナ 被扶養者氏名	性別	続柄	職業	同居 有無	生年月日	年間収入見込額	マイナ保険証の 有無
				有	年 月 日	円	有・無
				無			
フリガナ 被扶養者氏名	性別	続柄	職業	同居 有無	生年月日	年間収入見込額	マイナ保険証の 有無
				有	年 月 日	円	有・無
				無			
フリガナ 被扶養者氏名	性別	続柄	職業	同居 有無	生年月日	年間収入見込額	マイナ保険証の 有無
				有	年 月 日	円	有・無
				無			
フリガナ 被扶養者氏名	性別	続柄	職業	同居 有無	生年月日	年間収入見込額	マイナ保険証の 有無
				有	年 月 日	円	有・無
				無			

- ★申請書類に添付いただく書類(被扶養者がいる場合に限る)
  - 住民票(発行3ヶ月以内、続柄記載、世帯全員記載のもの)【必須】
  - 収入を確認できる書類(被扶養者が16才以上の場合)
    - ・所得証明書、または非課税証明書
    - ・学生は在学証明書でも可
    - ・年金受給者は上記に加えて年金額改定通知書等

\*状況に応じて、追加書類のご提出をお願いする場合がございますのでご了承ください。

受付日付印

--