

任意継続被保険者資格取得届 兼 被扶養者異動(認定)届

記号・番号は、[マイナポータル]アプリでご確認ください

記号	番号	(フリガナ) ニッセイ ハナコ	生年月日	S H	57年10月10日	年齢	43歳
1111	1234567	氏名 日生 花子					
住所	(フリガナ) オオサカフオオサカシ チュウオウク イマバシ 3-5-12 〒541-8501 大阪府大阪市中央区今橋3-5-12			電話番号	06 - 123 - 4567		
				携帯番号	090 - 456 - 7890		

資格確認書発行要否(※)	<input type="checkbox"/> 発行が必要	(※)＜本人申請対象者＞ ・マイナンバーカードを紛失した ・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の 本人申請対象者のみ口にし点チェック不要 職権交付対象者(マイナンバーカード未取得者)については、「資格確認書」を自動発行するため、口にし点チェック不要・「資格確認書交付申請書」の添付は不要	マイナ保険証を持っている方で(※)に該当する場合のみチェックしてください。
--------------	--------------------------------	---	---------------------------------------

給付金・還付金振込先 (ご本人名義の口座に限る)	銀行コード	1 2 3 4	支店コード	8 8 8	口座番号(右詰め記入)	1 2 3 4 5 6 7
	日本 銀行		淀屋橋 支店 普通			
・給付金・還付金が発生した場合は、上記の口座に振り込みます ・ゆうちょ銀行の場合、【振込用】店番号・口座番号をご記入ください						

保険料納付方法 (該当に○をしてください)	1. <input checked="" type="radio"/> 毎月納付 2. 半年払(半年期) 3. 年払(通期) ※上記2. または、3. を選択された場合、任意継続資格取得日の属する月の月末までに前納保険料を納付していただく必要があります。 また、資格取得届を提出された時期によっては、前納ができない場合があります。
--------------------------	---

念書
 任意継続被保険者の保険料については、健保法第38条で指定した期日までに納入することが定められていることから、期日までに納入しなかった場合は、翌日をもって資格喪失となることを了解いたします。
 R 8 年 5 月 1 日
 被保険者氏名 **日生 花子**

【被扶養者申請欄】
 現在、被扶養者がいる方で、引き続き扶養を継続される場合は、以下の必要事項を記入してください。
 扶養を取消しされる場合は、記入不要です。(資格喪失日は、任意継続資格取得日となります。)
 新規に被扶養申請をされる場合は、別途「【任継・特退】被扶養者異動(認定)届」と認定に必要な書類の提出が必要です。

※資格確認書発行要否について
 ・上記(※)＜本人申請対象者＞に記載内容の場合のみ口にし点チェックし、別途「資格確認書交付申請書」の添付が必要
 ・職権交付対象者(マイナンバーカード未取得者・マイナンバーカードを取得するも健康保険証の利用登録を行っていない者)については、「資格確認書」を自動発行するため、口にし点チェック不要・「資格確認書交付申請書」の添付は不要

No.	(フリガナ) 氏名	生年月日	収入(年間見込)	住所 ※被保険者と同居もしくは、住民票住所が同一の場合は「同上」と記入	資格確認書発行要否(※)
①	ニッセイ タロウ 日生 太郎	S H 34年9月9日 R	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 給与500,000円・年金816,000円 その他 0円	〒 - 同上	<input type="checkbox"/> 発行が必要
②	ニッセイ ジロウ 日生 次郎	S H 18年5月5日 R	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 給与 300,000円・年金 0円 その他750,000円(仕送)	〒 607 - XXXX 京都府京都市〇〇区〇〇町 1-2-304号	<input type="checkbox"/> 発行が必要
③		S H 年 月 日 R	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 給与 円・年金 円 その他 円	〒 -	<input type="checkbox"/> 発行が必要
④		S H 年 月 日 R	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 給与 円・年金 円 その他 円	〒 -	<input type="checkbox"/> 発行が必要

事業所名称	資格取得日	年 月 日	担当者(印)
	資格喪失日 (任継資格取得日)	年 月 日	

健保組合処理欄	制度間異動		マイナ保険証		納付書 発送日
	担当	再査	本	有・無	
			①	有・無	
			②	有・無	
			③	有・無	
		④	有・無	資格確 認書 発送日	