

任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険法第37条の規定により、資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に申請書を提出し、納入期日迄に保険料を納付してください。

決	常務理事	事務長		係
裁				

※下記太枠内について、漏れなく記入してください。

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	次の内容に同意の上、任意継続の資格取得申請をいたします。												
	1. 保険料の納入期日迄に入金確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとることに同意します。												
	2. 再就職し、他の健康保険組合の被保険者になった時点で資格喪失手続きを速やかに行います。												
	3. 届け出内容に変更が生じたら、速やかに健康保険組合へ届出を行います。												
	(フリガナ) ケホ 太郎					氏名 健保 太郎							
	在籍時の社員番号	12345			退職年月日	令和 6 年 11 月 30 日							
	退職後の住所	住民票 ※必ず記入	〒 111-1111 東京都大田区大森北2丁目13番11号										
		居所 納付書の送付先	〒 ※上記の住民票と同じ場合は記入不要 住民票住所と居所が違う場合には、記入してください										
	電話番号	自宅	03-4590-1160			携帯	090-9999-9999						
	メールアドレス	12345ken12345 @ docomo.ne.jp											
給付金等 振込指定先	金融機関	コード	1	2	3	4	支店	コード	5	6	7	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		けんこう銀行				けんこう				1234567			
保険料 納入方法	<input checked="" type="checkbox"/>	毎月納付			<input type="checkbox"/>	半年分納付			<input type="checkbox"/>	1年分納付			
被扶養者氏名	フリガナ 氏名	生年月日			性別	続柄	住所 (被保険者と同居の場合記入不要)						
	ケホ ハナ	昭和 平成 令和	●年 ●月 ●日	男 女	妻								
	ケホ 長寿	昭和 平成 令和	●年 ●月 ●日	男 女	長男								
<給付金等振込指定先> は、健保から給付金や健診補助等を振込するための口座です。 保険料の引落口座ではありません。保険料は振り込みとなります。													

※資格確認書が必要な場合、別途 資格確認書交付申請書(別シート)が必要です。

※問い合わせ先 【ディスコ健康保険組合】 電話; 03-4590-1160 mail; discokenpo@disco.co.jp

喪失年月日 (任継取得日)	令和	年	月	日
記号	番号			
標準報酬月額	千円			

任意継続 被保険者証	記号	番号		
喪失予定 年月日	令和	年	月	日

受付日付印

資格確認書 交付申請書(任意継続用)

※任継の資格取得申請書と同時申請の場合は、記号番号の記入は不要です。
在職時の社員番号を記入してください。

決	常務理事	事務長		係
裁				

提出日 ● 年 ● 月 ● 日

被保険者情報	在職時の社員番号	記号	番号	生年月日
	12345	任継加入中の方は、記号と番号を記入してください		昭和 平成 令和 ● 年 ● 月 ● 日
	氏名	フリガナ ケンボウ タロウ 健保 太郎		
住所	※任継の資格取得申請書と同時申請の場合は、住所と電話番号の記入は不要です。✓してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 任意継続被保険者資格取得申請書に記入した「退職後の住所」および「電話番号」と同じです			
	〒	電話番号		

上記※に該当しない(✓が入らない)場合には、住所と電話番号を記入してください

対象者欄	対象者 該当の番号を記入	2	1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		同上	同上	下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		ケンボウ チョウジュ 健保 長寿	昭和 平成 令和 ● 年 ● 月 ● 日	5 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		昭和 平成 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください	
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		昭和 平成 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください	

理由欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため 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 → ※理由詳細を記入
-----	---

理由詳細	※上記、理由欄の 7 が申請理由の場合、記入してください
------	------------------------------

健保記入欄	
-------	--

健保受付日付印