

# 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	リーダー	担当者

◆退職後も引き続き武田薬品の健康保険に加入希望の方はこの申請書を速やかにご提出ください。

申請者情報欄	申請年月日	年 月 日	記号番号 (被保険者証を確認のうえご記入ください)		生年月日(年齢)
	退職前の被保険者証の記号および番号		新記号番号(健保組合記入欄)	91 -	<input type="checkbox"/> 昭和 (年齢 歳) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	氏名	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます。 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	(〒 - )	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	( )			

勤務していた事業所の名称			
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日		

保険料の納付方法	保険料の納付方法について、希望する番号を選択してください			取引銀行 (健保組合より給付等の振込をする際の本人名義口座をご記入ください)	銀行 支店 普通・当座 NO. 口座名義(カナ)
	1. 毎月納付	2. 6か月前納 (4~9月および10~翌3月分)	3. 12か月前納 (4~翌3月分)		

## 健康保険 被扶養者届

※ 申請する扶養家族のみ以下の欄記入不要です

今回申請される被扶養者は在職中、武田健保の扶養者ですか？ ( はい ・ いいえ )	「はい」の方は添付書類は不要です。但し、マイナンバー未提出の方や確認事項がある場合は追加書類をいただくことがあります。 「いいえ」の方は健保組合ホームページをご覧のうえ認定申請に必要な書類を提出してください。
---	---

◆在職中に認定を受けていた被扶養者で、任意継続資格取得時も扶養者となられる方について洩れなくご記入ください。

被扶養者届欄	氏名	生年月日 (年齢)	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
	(フリガナ) (氏) (名)	(年齢 歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) (氏) (名)	(年齢 歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(フリガナ) (氏) (名)	(年齢 歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
(フリガナ) (氏) (名)	(年齢 歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。							万円

**【留意事項】**  
 1. 在職中の保険証は必ず事業所人事担当へ返却してください。  
 2. 任意継続制度に加入される方は、資格喪失後20日以内に武田健保へ提出してください。  
 3. 40歳以上の方は年に1度の健診受診が義務付けられています。KENPOS 利用者は、退職後に利用されるメールアドレスに登録変更を行ってください。(KENPOS からのメール受信ができなくなります)

—健保組合処理欄—		
資格喪失時の標準報酬月額：	等級	万円
資格取得・保険料納付書発行：		
保険証発行・送付 ( 枚)：		