

# 記入例

常務理事	事務長	部長	課長	合議	係

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

申請者記入欄		勤務していた時に使用していた被保険者証	記号	1	2	3	番号	4	5	6	7	生年月日	令和 2 年 4 月 1 日	
		(フリガナ)	ノキョウ タロウ										昭和 平成	〇〇年 〇月 〇日
申請者記入欄		氏名	農協 太郎						年齢	60 歳	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		
		住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 千葉県〇〇市〇〇1-1-1						電話番号	(自宅) 043 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 (携帯) 090 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇				
申請者記入欄		退職時の所属事業所	JA〇〇				喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 2 年 4 月 1 日					
		初回保険料の納付方法	※希望する納付方法に <input checked="" type="checkbox"/> 印をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 半期前納 <input checked="" type="checkbox"/> 年度分前納											
申請者記入欄		初回保険料の支払方法	※希望する支払方法に <input checked="" type="checkbox"/> 印をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 健保窓口現金 <input checked="" type="checkbox"/> 現金書留										事前に必ず、保険料額に誤りがないかご確認ください。	
		健保組合からの給付金振込口座	農協又は銀行名		支店(支所・出張所)名		口座区分		口座番号					
申請者記入欄		JA 〇〇    銀行		〇〇		<input checked="" type="radio"/> 普当・( )		1 2 3 4 5 6 7						
		被扶養者でない配偶者を有する場合、その年間収入	万円		※任意継続被保険者の資格取得日に該当する被扶養者のみを記入してください。 ※被扶養者でない配偶者が被保険者よりも収入が多い場合は、これまで認定していた被扶養者について、認定できない場合があります。									
申請者記入欄		被扶養者の氏名		生年月日		年齢	性別	続柄	同居別居	年間収入				
		フリガナ ノキョウ ハナコ		昭和 平成 令和		〇〇年 〇〇月 〇日	58 歳	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	妻	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	パート・アルバイト・年金・不動産・その他 ( ) 1,200,000 円			
		フリガナ ノキョウ ジロウ		昭和 平成 令和		〇〇年 〇月 〇〇日	19 歳	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	長男	<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	パート・アルバイト・年金・不動産・その他 (大学生、仕送り月8万円) 600,000 円			
		フリガナ		昭和 平成 令和		年 月 日	歳	男女		<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	パート・アルバイト・年金・不動産・その他 ( ) 円			
		フリガナ		昭和 平成 令和		年 月 日	歳	男女		<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	パート・アルバイト・年金・不動産・その他 ( ) 円			
		フリガナ		昭和 平成 令和		年 月 日	歳	男女		<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	パート・アルバイト・年金・不動産・その他 ( ) 円			

※退職後20日以内にJA千葉健保へ申請してください。20日を経過した場合は、天変地異・通信不能等の特別な理由が無い限り受理できません。  
 ※被保険者の資格期間は、最長で2年間です。  
 ※別紙「任意継続被保険者の手続きについて(同意書)」をこの申請書と一緒に提出(郵送も可)ください。

健保記入欄	記号	6	0	5	従前の資格喪失年月日	年 月 日	資格喪失時標準報酬月額	千円
	番号				任意継続資格取得年月日	年 月 日	任意継続適用標準報酬月額	千円
	保険料納付方法	<input type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 半期納付 <input type="checkbox"/> 年度分前納		保険料納付額	円	保険料入金日		入金

受 付 日 付 印
 確 認 済 印