

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請書

取得

取得に✓

取得
 変更
 喪失

書類の提出日を記入

20日以内です。
を經由してご提出ください。

在職時の保険証番号を記入

氏名・生年月日を記入

令和 4 年 1 月 1 日

被保険者記号	被保険者番号(7桁)	氏名	生年月日			標準報酬月額		
820	1234567	健保 太郎	年号	年	月	日	退職時	決定標報
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	30	10	10	千円	千円

どちらかに✓

任意継続資格 取得・喪失 年月日	退職の際に勤務していた事業所		申請理由	
令和 4 年 1 月 1 日	所在地	東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル	取得	<input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他(雇用契約変更等)
退職日の翌日を記入 例) 12月31日退職⇒1月1日取得	称	三菱ケミカル株式会社	喪失	<input type="checkbox"/> 再就職 <input type="checkbox"/> 被保険者死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <input type="checkbox"/> 申出による脱退

【変更の場合】変更箇所のみ記入 / 【喪失の場合】以下記入不要(但し、住所・電話番号に変更がある場合は記入)

保険料の納付方法

▼ご希望の納付方法の番号に✓印をつけてください。

1- 12ヶ月前納:年1回払
 2- 6ヶ月前納:年2回払い
 3- 月払い

※納付方法を変更する際にご記入ください。
変更します。

退職後の住所・電話番号を記入

納付方法を一つ選択

被扶養者氏名	続柄	生年月日	備考
健保 花子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 32年 3月 3日	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	

▲在職時と比較して、扶養家族に増・減がある場合は、別途「被扶養者(異動)届」および「現況届」を一緒に提出してください。

被保険者の住所	〒 111 - 1111 東京都千代田区〇-〇-〇 パレスハイツ201号室
電話番号	(市外局番から記入) 03 - 1234 - 5678

金融機関

銀行名: 三菱JFJ

コード: 0005

支店名: 丸の内

コード: 002

預金種類: 1 ※預金種類「1」は普通及び総合口座を示します。

口座番号: 0123456
右つめで記入

口座振替依頼書を金融機関窓口で手続きしましたか(ネット銀行は除く)(手続きをされたら✓を記入)

手続き済

口座振替を希望する
銀行口座をどちらか記入

ゆうちょ銀行

銀行名: ゆうちょ

コード: 9900 (固定)

記号: 12340 ※5桁のうち3桁を記入ハイフンの後に数字6桁目がある場合は※欄に記入

健康保険記入欄: 8

預金種類: 1 ※預金種類「1」は普通及び総合口座を示します。

番号: 98765431
末尾の「1」が右端になるように記入↑

ゆうちょ銀行・ネット銀行以外の方は、
窓口で必ず「口座振替依頼書」の手続きを行ってください!

【事業所ご担当者様】

標準報酬月額は最新のものを記入してご提出ください。
添付書類・記入漏れをご確認の上、事業所担当者欄に押印またはご記名ください。

受付年月日

事業所担当者	保険証変更日	担当者	事務長	常務理事

健康保険任意継続被保険者資格喪失

取得 喪失 変更 喪失

申請書

書類の提出日を記入

喪失

20日以内です。を經由してご提出ください。

保険証番号を記入

氏名・生年月日を記入

提出日 令和 4 年 1 月 1 日

被保険者記号	被保険者番号(7桁)	氏名	生年月日			標準報酬月額		
820	1234567	健保 太郎	年号	年	月	日	退職時	決定標報
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	30	10	10	千円	千円

任意継続資格 取得・喪失 年月日	退職の際に勤務していた事業所		申請理由	
令和 4 年 1 月 1 日	所在地		取得 <input type="checkbox"/>	いづれかに <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 資格取得日は、退職日の翌日を記入 <input type="checkbox"/> 資格喪失日は、退職日の翌日を記入 <input type="checkbox"/> 他保険加入日を記入 <input type="checkbox"/> 申出による脱退	名称		喪失 <input checked="" type="checkbox"/> 再就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当	<input type="checkbox"/> 被保険者死亡 <input type="checkbox"/> 申出による脱退

再就職: 加入先の健康保険の「資格取得年月日」を記入

後期高齢者該当: 75歳年齢到達日を記入

被保険者死亡: 死亡日の翌日を記入

申出による脱退: 記入不要⇒健保組合書類受理日の翌月1日が喪失年月日となります。

▼ご希望	生年月日	備考
<input type="checkbox"/> 1- 12ヶ月前納: 年1回払い	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
<input type="checkbox"/> 2- 6ヶ月前納: 年2回払い	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
<input type="checkbox"/> 3- 月払い	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日

※納付方法を変更する際にご記入ください。

令和 年 4 月分 より納付方法を変更します。

資格喪失後に書類を発送する場合があります。住所変更されている方は住所・電話番号を記入ください。

被保険者の住所	〒 111 - 1111 東京都千代田区〇-〇-〇 パレスハイツ201号室
電話番号	(市外局番から記入) 03 - 1234 - 5678

申請書に以下を添付してご提出ください

再就職の場合 : 先方の保険証コピー(資格取得年月日の確認のため) 任意継続保険証

後期高齢者該当 : 添付書類なし* 任意継続保険証は、資格喪失後5日以内にご返却ください。

被保険者死亡 : 任意継続保険証

申出による脱退 : 添付書類なし* 任意継続保険証は、資格喪失後5日以内にご返却ください。

【送付先】〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル 三菱ケミカル健康保険組合 任意継続担当宛

受付年月日

添付書類・記入漏れをご確認の上、事業所担当者欄に押印またはご記名ください。

事業所担当者	保険証変更日	三菱ケミカル健康保険組合		
		担当者	事務長	常務理事

健康保険任意継続被保険者

変更 取得
 喪失

申請書

書類の提出日を記入

変更

20日以内です。
 経過してご提出ください
 保険証番号を記入

氏名・生年月日を記入

提出日 令和 4 年 1 月 1 日

被保険者記号	被保険者番号(7桁)	氏名	生年月日			標準報酬月額		
820	1234567	健保 太郎	年号	年	月	日	退職時	決定標報
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	30	10	10	千円	千円

任意継続資格 取得・喪失 年月日	退職の際に勤務していた事業所	申請理由	
令和 年 月 日	所在地	取得	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他(雇用契約変更等)
<small>■資格取得日は退職日・契約終了日の翌日を記入 ■資格喪失日は退職日・契約終了日の翌日を記入 ・他保険 ・申出に</small>		喪失	<input type="checkbox"/> 再就職 <input type="checkbox"/> 被保険者死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <input type="checkbox"/> 申出による脱退

納付方法を変更の場合
 ※次年度(4月)からの変更のみ対応します

保険料の納付方法

▼ご希望の納付方法の番号に✓印をつけてください。

1- 12ヶ月前納:年1回払い
 2- 6ヶ月前納:年2回払い
 3- 月払い

※納付方法を変更する際にご記入ください。
 令和 4 年 4 月分 より納付方法を変更します。

被扶養者氏名	続柄	生年月日	備考
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	

家族の異動申請は、別書類になります。
 「被扶養者異動届」および「現況届」を提出

住所を変更の場合
 (電話番号は変更ない場合も記入ください)

被保険者の住所	〒 111 - 1111 東京都千代田区〇-〇-〇 パレスハイツ201号室
電話番号	(市外局番から記入) 03 - 1234 - 5678

ゆうちょ銀行以外の金融機関

銀行名 **三菱JFJ** 銀行
 コード **0005**
 支店名 **丸の内** 支店
 コード **002**
 預金種類 **1** ※預金種類「1」は普通及び総合口座を示します。
 口座番号 **0123456**
 右つめで記入

口座振替依頼書を金融機関窓口で手続きしましたか(ネット銀行は除く)(手続きをされたら✓を記入→)

※口座振替依頼書も提出してください

ゆうちょ銀行

銀行名 **ゆうちょ** 銀行
 コード **9900** (固定)
 記号 **12340** ※5桁のうち3桁を記入ハイフンの後に数字6桁目がある場合は※欄に記入
 健保記入欄 **8**
 預金種類 **1** ※預金種類「1」は普通及び総合口座を示します。
 番号 **98765431**
 末尾の「1」が右端になるように記入 ↑

ゆうちょ銀行・ネット銀行以外の方は、窓口で必ず「口座振替依頼書」の手続きを行ってください!

ものを記入してご提出ください。確認の上、事業所担当者欄に押印またはご記名ください。

保険証変更日	担当者	事務長	常務理事