

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	担当者

※任継記号			※任継番号		
※資格取得年月日			※標準報酬月額		
年	月	日	千円		

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 被 保 険 者	フリガナ 氏名	性別	生 年 月 日			資格確認書 発行要否	◆資格確認書 については 裏面4をご覧 ください。
		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平	年	月	日	
今後の収入について（該当するものを○で囲んでください）							
1.雇用保険受給（予定） 2.年金（ 万円/年） 3.その他（ 万円/年）							

② 被 扶 養 者	フリガナ 氏名	性別	生 年 月 日			続柄	職業	世帯	資格確認書 発行要否	※認定印
			1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令	年	月	日			
		収入	給与（ 万円/年） ・ 年金（ 万円/年） その他（ 万円/年）							
		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令	年	月	日			同居 ・ 別居	<input type="checkbox"/> 発行が 必要
		収入	給与（ 万円/年） ・ 年金（ 万円/年） その他（ 万円/年）							
配偶者が被保険者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入を記入してください。									万円	

③資格喪失時の健康保険の 記号番号		記 号	番 号	⑤ 資格取得年月日
				昭和 平成 令和 年 月 日
④資格喪失 の際使用 されていた 事業所	所在地			⑥資格喪失年月日（離職日の翌日）
	名称			令和 年 月 日
				⑦資格喪失の際の標準報酬月額 千円
⑧ 退職理由 (該当する番号を○で囲んでください)		1 定年退職 2 自己都合 3 雇用保険の特定受給資格者(倒産・解雇等)・特定理由離職者(雇い止め等) ※裏面の[記入上の注意]3をご参照ください。 4 その他 ( )		
⑨ 備考				

③健康保険の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーを備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号・本人確認のできる添付書類が必要です。)

※任継資格 喪失年月日	・	・	※原因	希望 ・ 就職 ・ 死亡 未納 ・ 満了	※上記⑤～⑦ までの確認	( 済 ・ 未済 )
----------------	---	---	-----	-------------------------	-----------------	------------

令和 年 月 日

受付印

上記及び裏面の内容を確認のうえ申請します。

資格喪失の際は資格確認書を速やかに返納します。(交付を受けた方のみ)

※必ず口にて✓を付けてください。以下、住所・氏名・電話番号をご記入ください。

住所	〒 -		
氏名	固定電話	( )	
	携帯電話	( )	

◎ この申請書は、資格喪失日から20日以内に当組合へご提出ください。(郵送の場合は20日以内に必着です。)  
◎ 太枠内をすべてご記入ください。 ※ 印の欄は記入不要です。

## 【記入上の注意】

①～⑧までの欄、及び[住所]・[氏名]・[電話番号]欄は、漏れなく記入してください。

1. ①の氏名・生年月日を記入し、性別の欄は該当する事項を○で囲んでください。  
今後の収入については、雇用保険を受給予定の方は「1. 雇用保険受給（予定）」を○で囲み、年金受給者は「2. 年金」を○で囲んだうえで（ ）内に金額を記入、その他収入のある方は「3. その他」を○で囲んだうえで（ ）内に収入内容と金額を記入してください。

### 《被扶養者がいる場合》

②の氏名・生年月日・続柄・職業欄を記入し、性別・世帯の欄は該当する事項を○で囲んでください。収入欄は、該当の収入の（ ）内に金額を記入、その他収入のある方は（ ）内に収入内容と金額を記入してください。被扶養者が3名以上いる場合は申請書を複数枚ご用意ください。

※ 直系尊属・配偶者・子・孫・兄弟姉妹以外の方については、被保険者と同一世帯に属していなければなりません。

※ 申請被扶養者に収入がある場合は、年収が基準内であるかをご確認ください。

・申請被扶養者が60歳未満の場合→年収130万円未満

・申請被扶養者が60歳以上または障害年金受給者の場合→年収180万円未満

上記かつ、被保険者の収入の1/2以下の収入であること

場合によっては、確認の為添付書類を頂くこともありますのでご了承ください。

2. 任意継続被保険者の申請期間は「法第37条」の規定により被保険者資格喪失日から20日以内です。  
(申請期限経過後の届出は受付出来ません。) 但し、正当な事由(天災事変等)で遅延した場合は⑨の備考欄に遅延した事由を記入し遅延の証明を添付のうえご提出ください。
3. ⑧の退職理由については該当する番号を○で囲んでください。(4その他の場合は理由を記入してください)。  
※退職理由が雇用保険の特定受給資格者(倒産・解雇等)・特定理由離職者(雇い止め等)に該当する場合、国民健康保険の保険料が低額になることがありますので国民健康保険の窓口でご相談ください。
4. 健康保険証は交付いたしません。「マイナ保険証」(健康保険証利用登録をしたマイナンバーカード)をご利用ください。  
「マイナ保険証」を利用できない方は「資格確認書」を交付いたします。資格確認書発行要否欄の口に✓を付してください。(「マイナ保険証」の利用登録をされている場合は「資格確認書」が必要な理由を確認させていただきます。)
5. この申請を行うに当たっては、被保険者の提出意思を確認するため、必ず被保険者本人が口に✓を付してください。

## 【手続きの流れ】

- ① [任意継続資格取得申請書]を被保険者資格喪失日から20日以内に当組合へご提出ください。  
(郵送の場合は、20日以内に必着です。)
- ② 当組合から納付期限記載の[任意継続被保険者保険料納付書]と[資格情報のお知らせ]と[資格確認書(交付者のみ)]を、ご自宅へお送りいたします。
- ③ 初回保険料を[任意継続被保険者保険料納付書]により、納付期限までに納付してください。
- ※ 初回保険料を納付期限までに納付しなかった場合は、当初から任意継続被保険者資格が無かったこととなりますので、[資格情報のお知らせ]と[資格確認書(交付者のみ)]を返却いただく必要があります。
- ※ 初回保険料を納付後、2回目以降の保険料を納付期限までに納付しなかった場合は、資格喪失いたします。
- ※ 資格無効の資格確認書等を使用された場合、組合負担分の医療費を返金いただくこととなりますのでご注意ください。
- ※ 在職中に健康保険特定疾病療養受療証、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証をお持ちの方で、引き続きご利用の方は再度ご申請頂く必要がありますので必ずご連絡ください。(なお、「マイナ保険証」をご利用の場合は、健康保険限度額適用認定証は不要です。)

【提出先】 在籍していた事業所を管轄する本部または支部へお送りください。

- ・大阪(本部) 大阪薬業健康保険組合 業務部 適用課  
〒540-0037 大阪府中央区平野町3-2-5 TEL06-6941-5004
- ・神戸支部 大阪薬業健康保険組合 神戸支部 業務課  
〒651-0084 神戸市中央区磯辺通3-1-7 コンコルディア神戸6階 TEL078-221-6100
- ・京都支部 大阪薬業健康保険組合 京都支部 業務課  
〒604-8811 京都市中京区壬生賀陽御所町3-1 京都幸ビル6階 TEL075-801-2905