

任意継続 資格取得申請書

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

被保険者証		記号		番号	※在職時の記号・番号	
フリガナ					生年月日	性別
被保険者氏名					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	現在の居住地	〒 -				
	住民票上の居住地	<input type="checkbox"/> 居住地と同じ <input type="checkbox"/> 居住地と相違 〒 - (右に記入)				
電話番号(必須)		自宅	-	-	携帯	-
資格喪失年月日		令和 年 月 日 ※退職日の翌日				
勤務していた事業所名						
資格喪失の際の標準報酬月額		千円	納付先		新潟県信用農業協同組合連合会(新潟県信連) 本店 普通貯金 口座番号0000239	
保険料の納付方法		資格取得月(退職日翌日の属する月)の翌月からの納付方法 (第一回目保険料について納付書は送付されません。ご自身でお振込みをお願いします。納付先は上記)				
		<input type="checkbox"/> 月納する	<input type="checkbox"/> 半年分前納する (加入月～直近9月又は3月)	<input type="checkbox"/> 1年分前納する (加入月～翌年3月)		
被扶養者申請の有無(いずれかに☑)			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(人)			
給付金等の振込先口座	金融機関名		支店名		金融機関コード	店舗番号
	農協 銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合		本店 支店 出張所			
	預金種別	口座番号(右詰で記入)				
普通		※健康保険組合から給付金等をお支払いする場合の口座です。 保険料は口座引落しではありません。				

健康保険 被扶養者異動届						
※退職時に認定を受けていた被扶養者で、任意継続加入後も引き続き扶養する場合は、以下にご記入ください。						
フリガナ 漢字氏名	性別	生年月日	続柄	職業 (年間収入)	別居の場合の被扶養者住所 (同居の場合は記入不要)	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	例:長男		<input type="checkbox"/> 同居 〒 - <input type="checkbox"/> 別居	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 同居 〒 - <input type="checkbox"/> 別居	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 同居 〒 - <input type="checkbox"/> 別居	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 同居 〒 - <input type="checkbox"/> 別居	

※組合使用欄 (記入しないでください。)					標準報酬及び保険料	
記号・番号	191		前資格期間		報酬月額	千円
資格取得年月日	令和	年	月	日	取得	円
資格喪失予定年月日	令和	年	月	日	喪失	円

任意継続
資格取得申請書

記入例

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

被保険者証	記号	1	4	1	番号	28	※在職時の記号・番号		
フリガナ	ノウダン タロウ					生年月日			性別
被保険者氏名	農団 太郎					<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	38年4月3日		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	現在の居住地	〒951-0000 新潟県新潟市〇〇区〇〇町1-2-3							
	住民票上の居住地	<input checked="" type="checkbox"/> 居住地と同じ <input type="checkbox"/> 居住地と相違 (右に記入)	資格喪失後20日以内に 〒健康保険組合へ提出してください。						
電話番号 (必須)	自宅 025-222-7586			携帯 090-0000-0000					
資格喪失年月日	令和6年4月1日 ※退職日の翌日								
勤務していた 事業所名	〇〇〇農業協同組合								
資格喪失の際の 標準報酬月額	380千円			納付先	新潟県信用農業協同組合連合会(新潟県信連) 本店 普通貯金 口座番号0000239				
保険料の 納付方法	資格取得月(退職日翌日の属する月)の翌月からの納付方法 (第一回目保険料について納付書は送付されません。ご自身でお振込みをお願いします。納付先は上記)								
	<input type="checkbox"/> 月納する	<input type="checkbox"/> 半年分前納する (加入月~直近9月又は3月)			<input checked="" type="checkbox"/> 1年分前納する (加入月~翌年3月)				
被扶養者申請の有無(いずれかに☑)					<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(2人)				
給付金等の 振込先口座	金融機関名			支店名	金融機関コード		店舗番号		
	〇〇〇 農協 銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合			本店 支店 出張所	1234		001		
	預金種別	口座番号(右詰で記入)							
普通	0000256								
※健康保険組合から給付金等をお支払いする場合の口座です。 保険料は口座引落しではありません。									

健康保険 被扶養者異動届						
※退職時に認定を受けていた被扶養者で、任意継続加入後も引き続き扶養する場合は、以下にご記入ください。						
フリガナ 漢字氏名	性別	生年月日	続柄	職業 (年間収入)	別居の場合の被扶養者住所 (同居の場合は記入不要)	
ノウダン ハナコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	例:長男 妻	パート (100万円)	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 〒 - <input type="checkbox"/> 別居	
農団 花子		40.4.4				
ノウダン イチロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	長男	大学生	<input type="checkbox"/> 同居 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町2-5-15 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 コーポ〇〇302号室	
農団 一郎		12.5.5				
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 同居 〒 - <input type="checkbox"/> 別居	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 同居 〒 - <input type="checkbox"/> 別居	

※組合使用欄 (記入しないでください。)						標準報酬及び保険料	
記号・番号	191		前資格期間		報酬月額	千円	
資格取得年月日	令和	年	月	日	取得	年	月
資格喪失予定年月日	令和	年	月	日	喪失	年	月
						保険料	円
						介護保険料	円