

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

1) 被保険者の申請

(退職後20日以内に機器健保へ届け出てください)

申請日 令和 年 月 日

記号 番号	申請者の氏名 (フリガナ)	性別 男 女	生年月日 昭・平 年 月 日	年齢 歳
申請者の現住所	自宅 () 携帯 ()			
退職時の所属事業所名	喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日 令和		
納付方法選択区分 (いずれかを○で囲んでください)	毎月納付	半期前納	年度前納	

※前納を希望される時は必ず事前に組合までお申し出ください。

2) 被扶養者の申請

(ご家族の申請がある場合は必ず裏面をご覧ください、必要な添付書類をご用意ください。)

氏名	性別	生年月日	続柄	収入	同居・別居
リナ フガ	男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無	同・別
リナ フガ	男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無	同・別
リナ フガ	男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無	同・別
リナ フガ	男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無	同・別
リナ フガ	男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無	同・別

3) 給付金振込口座

(健康保険組合より給付金を振り込む口座です。保険料の引き落としは行っておりませんので、ご注意ください。)

銀行名	支店名	口座番号	口座名義(カナで記入)
		普・当	

※印欄には記入しないでください。
申請上の注意点が裏面にありますので、ご覧ください。



決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当者

※資格取得決定事項

この欄には、記入しないでください

記号・番号	5000 -		
資格取得	R	年 月 日	
資格喪失	R	年 月 日	
決定標準報酬月額	千円	保険料	円
従前の資格確認	取得 S H R	年 月 日	
	喪失 R	年 月 日	
	標準報酬月額		千円
備考			

神奈川県機器健康保険組合

受付日付印

任意継続被保険者資格取得申請について

神奈川県機器健康保険組合

1. 任意継続被保険者となるための条件及び期間

退職により被保険者資格を喪失する以前に、連続して2ヵ月以上の機器健保加入期間があることが必要です。継続期間は、最長で2年間です。

2. 資格を取得するための手続き

退職後20日以内に、必要書類を機器健保へ届け出てください。なお、郵送での手続きをご希望の場合は、下記①～④の書類と初回分の保険料を現金書留にて送付ください。

※ ① 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

② 初回分の保険料 ※初回分保険料と合わせて前納保険料も一緒に収めていただくことも可能です。

③ 住所の確認できる書類（例 運転免許証の写し、公共料金の領収書の写し、住民票 等）

④ 被扶養者がいる場合の添付書類：下記3. 申請上の注意点2)をご覧ください。なお、ご不明な点については健保組合までご連絡ください。

3. 申請上の注意点

1) 被保険者の申請

記号・番号欄は在職中の被保険者証に印字のあったものです。また、申請者の現住所欄は、保険料の納付書の送付先です。なお携帯電話の記入欄は、お持ちの方で当組合からご連絡させていただいて差し支えない場合にご記入ください。

また、納付方法選択区分欄には、希望される保険料の納付方法（毎月・半期前納・年度前納）のいずれかを○で囲んでください。前納で納付する場合は割引があります。希望される方は必ず事前に金額をご確認ください。

2) 被扶養者の申請

在職中に被扶養者がいる場合は、申請時に確認させていただきます。健康保険の被扶養者になれる範囲の方は「主として被保険者によって生計を維持されていること」が原則です。場合によっては、被扶養者から削除させていただくこともございますのでご注意ください。

扶養している家族がある場合は、その方の収入が証明できる書類を必ず添付願います。

配偶者 収入がない場合 非課税証明書

収入がある場合 年金受給通知書の写し、給与明細書写し（直近3ヵ月分）、源泉徴収票の写し等

16歳以上のお子さんで学生の場合、学生証の写しもしくは在学証明書を添付ください。

3) 給付金振込口座

給付金振込口座は、申請者名義の口座でお願いします。口座名義名は、カタカナでお名前をご記入ください。

※ご不明な点や詳細につきましては、当組合までお問い合わせください。 Tel 045(641)7713