極秘

※決定伺※					
	令和　年　月　日 **証返**	記号	8001	番号	
	令和　年　月　日 **起案**	第1回保険料納付日		・　・	
	資格取得日	昭・平・令　年　月　日	任意継続資格取得日		・　・
	喪失時報酬月額	千円	被扶養者数		有(　)・無
	資格喪失届	済　・　未	電話にて確認　・　証明書で確認		

※上記欄及び右欄には何も記入しないで下さい。

審査
入力
一次
二次
発送

健康保険

任意継続被保険者資格取得申請書

喪失前被保険者の	記号	2312	フリガナ	ニンケイ ハナコ	男・(女)
	番号	200	被保険者氏名	任継　花子	
			生年月日	昭和・平成　年　月　日生	歳
個人番号		0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
資格喪失年月日	令和 8 年 5 月 1 日（退職した日の翌日を記入）		資格確認書発行要否	□発行が必要 ※介護等によりマイナ保険証を利用することが難しい事情にある方のみ、発行要否に☑をお願いいたします。	

被保険者が勤務をしていた事業所の	名称	〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇－〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町
	電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇　事務担当者名　健保　太郎
被扶養者の有無	☑有り(　1　名) □無し	→ 改めて再認定が必要ですので**被扶養者異動届に必要な書類を添付のうえ、再提出して下さい。**

保険料の納付方法	※取得月以降の納付方法となります。希望する方法を〇で囲んでください。	
	(1) 毎月払い	〈注意事項〉 ・毎月払いの納付期限は当月の10日となります。期日までに入金の確認ができない場合は資格喪失となります。 ・前納保険料の納付期限は任意継続の取得月の末日となります。喪失日および申請時期によってはご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。 ・選択のない場合は、毎月払いとさせていただきます。
	2. 半期前納	
	3. 年度分前納	

上記のとおり申請します。

令和 8 年 5 月 1 日

〒 〇〇〇 － 〇〇〇〇

住民票住所　横浜市〇〇区〇〇町

※書類は住民票住所への送付となります

氏　名　任継　花子

電　話　〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

※日中ご連絡がとれる番号を記入してください

アドレス　〇〇〇〇〇〇＠〇〇〇〇

代理提出者の署名		続柄	

誓約書

私は、この度任意継続被保険者の資格取得をするにあたり、その制度の目的をよく理解した上で、以下の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 保険料の納付期限を遵守します。納入遅延により資格喪失となっても、異議を申しません。

2. 資格喪失時、資格確認書を保有している場合は直ちに返却いたします。

3. 万一、資格喪失日以降に誤って受診をし、医療費を神奈川県医療従事者健康保険組合から請求された場合は速やかに返還いたします。

※年1回、健康診断を受診してください。(40歳以上の被保険者、被扶養者のみ)

神奈川県医療従事者健康保険組合　宛

令和 8 年 5 月 1 日

(本人・代理人)ご署名　任継　花子

注意事項

1　この申請書は被保険者資格喪失の日（退職の翌日）から20日以内に当組合事務所に提出しなければ無効になります。

2　天災地変・交通・通信等のストライキ以外の理由による申請の遅れは無効です。