

# 健康保険任意継続被保険者資格申請書

任意継続被保険者番号

下記の通り、任意継続保険に加入したく申請します。

太枠内を記入してください

教職員番号		申請日	年 月 日	退職日	年 月 日
最終所属	地区:	所属:	職名:	生年月日	年 月 日 [ 昭・平 年 ]
資格喪失時の事業所名	名称	慶應義塾大学医学部	所在地	東京都新宿区信濃町35	性別
フリガナ					1男 ・ 2女
氏名				電話	自宅 ( ) 携帯 ( )
フリガナ				メールアドレス	※記入必須
現住所	〒			日中の連絡先(実家など連絡のつくところ)	
				電話	( )
退職前後に転居予定のある方: 年 月 日より(転居予定)					
フリガナ					( )
住所	〒			電話	( )

様方

保険料の納入 ※2回目以降の振込は納入方法を選択できます。1~3を選択してください。	第1回目(取得月)	銀行振込	月払い		
	第2回目以降	銀行振込	1: 毎月払い	2: 前納(通年)	3: 前納(半期)

※保険料は自動引き落としではありません。必ずご自身で納入期限までにお振込みください。  
納入期限までに振り込まれない場合は、資格取消となりますのでご注意ください(保険料のご案内は保険証と一緒に送付いたします)。

保険証の送付先	1: 現住所	2: 転居先	3: その他	※送付先を括弧内にご記入ください。
---------	--------	--------	--------	-------------------

※書留扱いのレターパック(対面での受け取りが必要)で郵送いたします。

保険給付等の振込先(療養費の給付、インフルエンザ補助金などの振込に使用いたします)

*郵便局不可 *申請者名義	銀行コード		支店コード		口座番号(右詰め記入)
	銀行		支店(出張所)		普通
フリガナ					
口座名義					

※振込先の口座情報が確認できる書類(通帳の口座番号・名義人記載ページのコピー等)を添付してください。

被扶養者の申請	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
※裏面(被扶養者)を記入してください		

健保記入欄

任継 記号番号	1 -	納付方法	1: 毎月納付	ベネフィット登録	備考	
資格取得日(退職日の翌日)	年 月 日		2: 前納(通年)			□前番号喪失 □任継登録
取得事由	9: その他		3: 前納(半期)			
喪失予定日	年 月 日	事業所	10	ベネフィット登録	□任継喪失報告	
退職時月額	千円	所属	1000000			任継保険証返却
決定月額	千円	データ登録	月 日	就職先保険証のコピー	未・済	
		保険証発行	月 日	□案内介護保険チェック		
		発送	月 日	郵便・塾内便(他)	保険料返金(就職・他)	

取得認定(青)	年 月 日認定
健保常務理事	健保事務長
健保担当者	

喪失認定(赤)	年 月 日喪失(満了・就職・未納)
健保常務理事	健保事務長
健保担当者	受付印

*申請受付時	健保受付印	窓口受付印
--------	-------	-------

教職員番号										氏名	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--

被扶養者の認定は再度審査することになります。下記の添付書類を必ずご提出ください。

フリガナ 被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	障害者の 場合 その内容	年間 収入	同居 別居	別居先の住所
	年 月 日 [昭・平・令 年]	男・女			円	同・別	〒 電話 ( )
	年 月 日 [昭・平・令 年]	男・女			円	同・別	〒 電話 ( )
	年 月 日 [昭・平・令 年]	男・女			円	同・別	〒 電話 ( )

配偶者を扶養にされない方は次の項目に○を記入してください。

配偶者の有無	有 ・ 無
有に○の方⇒ 配偶者の年間収入は被保険者よりも多い ・ 少ない ( 万円)	

配偶者の収入が多い場合は、原則として配偶者の被扶養者になります。

添付書類 該当する項目にチェックを入れてください

- 申請者（被保険者）の今後の収入を証明する書類
  - ・今後も継続して勤務される事業所から支給された直近3カ月分の給与明細コピー
  - ・今後新しく勤務される事業所の雇用条件書または契約書コピー
- 住民票（コピー不可）
  - ※被扶養者が別居の場合、別居先の住民票（世帯全員、続柄記載、マイナンバーなし）も提出
- 戸籍謄本（コピー不可）
  - ・住民票で続柄が証明できない場合のみ提出
  - ・被扶養者が父母・兄弟姉妹の場合、被保険者の父母兄弟姉妹全員が確認できるものを提出（改姓原戸籍）
- 被扶養者（19歳以上）の収入を証明する書類
  - 所得（課税非課税）証明書（コピー、源泉徴収票は不可）
    - ・証明する年度の1月1日に住民登録されている市区町村で発行
    - ・海外居住で発行されない場合はパスポート（写真・氏名、出入国スタンプのページ）のコピーを提出
  - 確定申告控え（第一・二表）コピー
    - ※収入の種類により、以下の書類を追加提出
    - 営業・農業・不動産 収支内訳書または青色申告決算書
    - 株式・資産運用 申告書第三表、付表、計算明細書、特定口座年間取引報告書ほか
  - 年金（老齢、障害、遺族、企業、個人等すべて）
    - 最新の年金額改定通知書コピー、もしくは振込通知書コピー

《 被扶養者が別居の場合 》

- 申請者（被保険者）から被扶養者への仕送り実績3カ月分コピー
  - ・誰から誰へ、いつ、いくら送金したか記載されている
  - ・金融機関を通して送金を行ったもの（手渡し・直接口座へ入金・クレジットカードの家族カード等は不可）
- 被扶養者の同居者（19歳以上の方のみ）の所得（課税非課税）証明書

《 子どものみを申請する場合 》

- 申請者（被保険者）の配偶者の所得（課税非課税）証明書
  - ※収入額が今後大幅に変化がある場合は、その事由を証明する書類（退職証明、育休証明etc.）も提出
- 申請者（被保険者）の配偶者からの仕送り
  - なし  あり（月額 円）

《 父母兄弟姉妹を申請する場合 》

- 被扶養者の配偶者の所得（課税非課税）証明書
- 被扶養者の配偶者の最新の年金額改定通知書コピー
- 被扶養者の父母兄弟姉妹、申請者（被保険者）の兄弟姉妹の所得（課税非課税）証明書
- 父母兄弟姉妹からの被扶養者への仕送り
  - なし  あり（月額 円） 誰から（ ）

なお、必要に応じて上記以外の書類をご提出いただくことがあります。

- ☆ 所得（課税非課税）証明書は最新年度のもの（原本）をご提出ください。  
金額が\*\*\*\*表示、税額のみ記載のものは不可。無収入の場合は市区町村で申告（ゼロ円申告）を行い、収入金額に「0円」と表示されたものを入手してください。
- ☆ ご提出いただいた書類は返却いたしません。
- ☆ 書類提出に係る費用はご自身でご負担ください。