

※組合使用欄

常務理事	事務長	部長	課長	係長	C/P

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

(喪失日から20日以内に印刷健保へ届け出てください。)

申請日 令和 年 月 日

記号		申請者名 の氏名	性別	生年月日	年齢
番号			男・女	昭・平・令 年 月 日	歳
住民票住所	〒 ー	自宅 () 携帯 () <input type="checkbox"/> 住民票の住所と同じ			
送付先住所	〒 ー	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)	令和	年 月 日	
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	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

※前納を希望される時は必ず事前にお申し出ください。

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	資格確認書 発行要否
フリガナ	男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無 年間 円	同・別	<input type="checkbox"/> 発行が必要
フリガナ	男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無 年間 円	同・別	<input type="checkbox"/> 発行が必要
フリガナ	男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無 年間 円	同・別	<input type="checkbox"/> 発行が必要
フリガナ	男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無 年間 円	同・別	<input type="checkbox"/> 発行が必要

3) 給付金振込口座

(印刷健保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	

備考

--

申請上の注意点が別紙にありますので、ご覧ください。

以下、印刷健保記入欄

資格取得決定事項

受付日付印

記号・番号	1900 ー	資格取得	令和 年 月 日
決定標準報酬月額	千円	期間満了	令和 年 月 日

従前の資格確認

記号・番号	ー	資格取得	平成 令和 年 月 日
従前標準報酬月額	千円	資格喪失	令和 年 月 日

任意継続被保険者資格取得申請について

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日の前日までに、連続して2ヵ月以上の被保険者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

資格喪失日から20日以内に、印刷健保へ必要書類の届出が必要です。下記①～④の書類と初回分の保険料（月がまたがる場合は、2ヵ月分）を**現金書留**で送付してください。

- ① 「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書」
- ② 現住所の確認できるもの（例：運転免許証や公共料金の領収書の写し、住民票 等）
- ③ 被扶養者の申請がある場合の必要書類（別紙「被扶養者添付書類一覧」を参照ください）
- ④ 「任意継続被保険者の皆様へ」

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等記号・番号です。

送付先住所欄は、保険料の納付書等の送付先です。住民票の住所と同じ場合は□にチェックを入れ、記入の必要はありません。「自宅」「携帯」は、連絡先として電話番号を登録させていただきますので、必ずご記入ください。

納付方法選択区分欄には、希望する保険料の納付方法のいずれかを○で囲んでください。前納を希望される方は、申請する時期により対応できない場合もありますので、必ず事前にお申し出ください。

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のは、日本国内に居住し、「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16歳未満の子供以外は、収入が証明できる書類を必ず添付願います。16歳以上の子供が学生の場合は、学生証の写しもしくは在学証明書を添付ください。

被扶養者の収入には、給与所得・各種年金収入・失業保険給付・不動産収入等、名称を問わず全ての収入を含みます。被扶養者となれる収入の基準は、年間で130万円未満（60歳以上の方、または障害年金の受給要件に該当する障害者の方は年間180万円未満）、かつ被保険者の年間収入の1/2未満です。別居の場合は、別途規定がございます。

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。

4) 資格確認書発行要否

資格確認書の発行が必要な場合(下記に該当する方)は、「□発行が必要」に☑を入れてください。

- ・マイナンバーカードを取得していない方
- ・マイナンバーカードを所有しているが、健康保険証利用登録を行っていない方、利用登録を解除した方
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている方
- ・マイナポータルや医療機関等で自己情報が閲覧できない設定をされている方
- ・データ登録が未完了の方

全国印刷工業健康保険組合
〒110-8646
東京都台東区東上野 1-7-2
TEL 03-5834-3180

※ ご不明な点につきましては、印刷健保までお問い合わせください。