決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書

正

太線枠のみ記入してください

提出期限・・・被保険者資格を喪失した日から20日以内

申請者情報	資格喪失前の被保険者証	記号		番号		喪失前の事業所名称			
	資格喪失年月日（退職日翌日）	平成　年　月　日	フリガナ 被保険者氏名		印	生年月日	昭和 平成　年　月　日	性別	男・女
	住所	〒　－				TEL	（　　）		

保険料の納付方法 ※希望する納付方法に○をしてください。	1.各月	2.前納半年（年2回）	3.前納一年（年1回）	注）2．3の前納を選択した場合は、任意継続の資格を取得した月の末日までに前納分保険料を納付する必要があります。 また、前納をした期間については、就職・死亡以外の理由で任意継続を脱退した場合に、保険料が返還されません。

●喪失前から被扶養者となられていた方を引き続き被扶養者とする場合にご記入ください。新たに追加する場合は別途「被扶養者増加届」が必要です。

被扶養者情報	氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭 平　年　月　日	職業		収入（月収）	円	※認定日	平成　年　月　日
	氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭 平　年　月　日	職業		収入（月収）	円	※認定日	平成　年　月　日
	氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭 平　年　月　日	職業		収入（月収）	円	※認定日	平成　年　月　日
	氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭 平　年　月　日	職業		収入（月収）	円	※認定日	平成　年　月　日

※健保記入欄

MBK連合健康保険組合　理事長　殿
平成　　年　　月　　日　上記のとおり申請します。

※健保記入欄	任意継続被保険者証				任意継続の資格取得年月日	標準報酬月額		保険料	
	記号	900	番号		平成　年　月　日	喪失時月額	千円	月額	円
						任継保険料決定月額	千円	前納	円
	自動払込利用申込書　：　有　・　無					備考			

受付日付印

健康保険　任意継続被保険者資格取得確認及び標準報酬決定通知書

副

（この通知書のことで不服があるときなど）
1．この通知書のことでわからないことがあるときは当組合へお尋ねください。この通知書の決定に不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して60日以内に文書または口頭で、社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に審査請求をすることができます。また、その決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に社会保険審査会（厚生労働省内）に再審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、再審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、健康保険組合を被告として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。2．この通知を受取ったら、すみやかに確認された事項をそれぞれの被保険者へ通知して下さい。

申請者情報

資格喪失前の被保険者証	記号		番号		喪失前の事業所名称		
資格喪失年月日（退職日翌日）	平成　　年　　月　　日	フリガナ		印	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	性別　男・女
		被保険者氏名					
住所	〒　　－				TEL	（　　）	

保険料の納付方法 ※希望する納付方法に○をしてください。	1.各月	2.前納半年（年2回）	3.前納一年（年1回）	注）2．3の前納を選択した場合は、任意継続の資格を取得した月の末日までに前納分保険料を納付する必要があります。 また、前納をした期間については、就職・死亡以外の理由で任意継続を脱退した場合に、保険料が返還されません。

●喪失前から被扶養者となられていた方を引き続き被扶養者とする場合にご記入ください。新たに追加する場合は別途「被扶養者増加届」が必要です。

被扶養者情報

氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭 平	年　月　日	職業		収入（月収）	円	※認定日　平成　年　月　日
氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭 平	年　月　日	職業		収入（月収）	円	※認定日　平成　年　月　日
氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭 平	年　月　日	職業		収入（月収）	円	※認定日　平成　年　月　日
氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭 平	年　月　日	職業		収入（月収）	円	※認定日　平成　年　月　日

※健保記入欄

	任意継続被保険者証			任意継続の資格取得年月日	標準報酬月額		保険料	
※健保記入欄	記号	900	番号	平成　　年　　月　　日	喪失時月額	千円	月額	円
					任継保険料決定月額	千円	前納	円

確認日付印

提出された被保険者資格取得届に基づき上記の通り資格取得の確認及び標準報酬の決定がなされたので通知します。

MBK連合健康保険組合　理事長