

# 任意継続被保険者資格取得申請書

リクルート健康保険組合 御中  
 任意継続被保険者資格取得申請にあたり、別紙「任意継続被保険者制度のご案内」を精読し、内容について了解したうえで、下記に署名、捺印いたします。

取/

① 被保険者証No (在職時の保険証)	記号 <b>25</b> - 番号 <b>999999</b> - 枝番 <b>01</b>
② 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 <b>3</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日
③ 退職した会社名	<b>リクルートスタッフィング</b>
④ 保険料納入方法 (希望する方に○)	一括前払い (年度単位) <input type="checkbox"/> 毎月払い <input checked="" type="checkbox"/>
⑤ 被保険者氏名	フリガナ <b>ケンボ タロウ</b> <b>健保 太郎</b> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健印保</span>
(変更があった場合) 旧姓: 変更年月日: 年 月 日	
⑥ 生年月日	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> <b>56</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日 <b>40</b> 歳
⑦ 住所	フリガナ <b>〒000-0000</b> <b>現在お住まいの住所</b>
⑧ 保険証発送までの書類送付先の指定	有 → 別紙「宛名用紙」を記入して、添付してください <input checked="" type="checkbox"/> 無 → 上記⑦の住所に発送します。
⑨ 電話番号	自宅 ( <b>03</b> ) ×××× - ○○○○ 携帯 ( <b>090</b> ) ○○○○ - ××××
⑩ 保険給付金振込銀行 (本人名義)	<b>三菱東京UFJ</b> 銀行 <b>東京</b> 支店
※一部負担還元金などがあった場合、お振込みする口座です。保険料引落しの口座ではありません。	店番 <b>1 2 3</b> 普通 口座番号 <b>1 2 3 4 5 6 7</b> フリガナ <b>ケンボ タロウ</b> <b>健保 太郎</b>
⑪ 資格喪失日現在、被扶養者の有無 (確認のために○を記入してください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 引き続き扶養したい場合は、⑫を記入してください。

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

健保使用欄	受理通知 発送	前納	毎月払(初回)	常務理事	事務長	担当者	No.
ここには何も記入しないでください。							
標 月	⇒	¥	+	= ¥	×	= ¥	

⑫ 引き続き扶養したい方の氏名・生年月日・年齢を記入してください。  
 ※【任意継続 被扶養者(異動)届】及び【被扶養者申請に必要な添付書類】を添付してください。

No	フリガナ 氏名	生年月日	年齢
1	<b>ケンボ ハナコ</b> <b>健保 花子</b>	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭</span> ・平・令 <b>51</b> 年 <b>2</b> 月 <b>2</b> 日	<b>43</b> 歳
2	<b>ケンボ ジロウ</b> <b>健保 二郎</b>	昭・平・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令</span> <b>2</b> 年 <b>2</b> 月 <b>2</b> 日	<b>1</b> 歳
		昭・平・令	

印を必ず押してください。

在籍時と氏名が変更となる場合は、旧姓と戸籍の変更年月日を記入してください。

**【注意事項】 ※必ずお読みください。**

- 左記①～⑪の全てにご記入ください。
- ⑫は被扶養者を引き続き申請する方は、ご記入ください。
- 在籍時に扶養していた家族を引き続き扶養したい場合は、再審査となります。⑫の記入と【任意継続 被扶養者(異動)届】及び【被扶養者申請に必要な添付書類】の提出が必要です。 ※ ご家族に収入がある場合、引続き扶養できない場合がありますので、ご了承ください。 ※ 収入がある方を扶養申請したい場合は事前に健保へお電話でご確認ください。
- 健保への到着が退職後20日を過ぎた場合はこの申請書を受付できません。
- 申請書到着後、会社からの喪失届が提出され次第、保険料のご案内を郵送いたします。
- 2週間経過しても保険料のご案内が届かない場合は、健保までご連絡ください。
- 指定された納入期限に1日でも遅れますと、任意継続の資格はなくなります。

**【提出前チェック】**

⑫を記入した方は【任意継続 被扶養者(異動)届】及び【被扶養者申請に必要な添付書類】を添付しましたか？

⑦の住所以外に送付先を指定する場合、別紙「宛名用紙」を添付しましたか？

受付日付印

**<郵送先>**  
 〒100-6640 東京都千代田区丸の内1-9-2 グラントウキョウサウスタワー  
 リクルート健康保険組合 任意継続担当 宛

# 任意継続用 宛名用紙

該当の方のみご提出ください

メモ欄

＜申請書に記入した住所以外に送付を希望する場合は、必ずご記入し申請書に同封して下さい。＞

※任意継続では、すべての手続きについて締切に一日でも遅れますと加入の資格がなくなります。郵便物が確実に届くよう、正確かついいにいにご記入くださいますようお願いいたします。

\*「様」の印字は消さないで氏名をご記入ください。

■下記、該当理由にチェックを入れ、日付をご記入下さい。

理由：帰省 旅行で不在 引越し その他

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 は、下記へ送付

■入金のご案内送付用

〒 106 - 0001  
東京都品川区南品川1-2-3  
〇〇 〇〇 様方  
健保 太郎 様

■保険証送付用

(ご入金から一週間前後でお送りする保険証の送付先を)

〒 106 - 0001  
東京都品川区南品川1-2-3  
〇〇 〇〇 様方  
健保 太郎 様

＜不在期間があり郵送を止めて欲しい時、又は保険証を急ぐ時にご記入し申請書に同封して下さい。＞

※保険証を受け取るまでの期間は、喪失日又は申請到着日から通常2~3週間程度です。

■不在期間

\*不在の為、郵便物を受け取れない期間

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

■次回受診日

\*継続治療中等で、次回の受診日が既に決まっている場合

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日

■その他

保険証は簡易書留での発送になります。不在で受け取れず保管期限が過ぎてしまうことのないようご注意ください。

送付先はご実家等の場合、ご住所の下に家主様のお名前を〇〇様方とご記入ください。

健康保険 任意継続 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当
該当の方のみご提出ください		

※【被扶養者申請に必要な添付書類】をご確認の上、必要書類を添付してください。

被保険者	記号	番号	被保険者の氏名
		(枝番) 01	健保 太郎
申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	個人番号	ハナコ
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		氏名	健保 花子
生年月日・年齢	昭和 平成 令和	続柄	妻
	妻・長男・二女・義母・内縁の妻など戸籍上の続柄を記入してください。		今迄に加入していた健康保険
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 住所が被保険者と同じ ※被保険者と同居の場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。		
収入	前年年収 96 万円	直近の月収(月収見込) 80,000 円	今後の収入の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
※扶養したい方と別居の場合は、下記ご記入ください。被保険者と別居の場合は、必ずご記入ください。			
送金	有・無	送金方法	振込・書留
送金額		円/月	別居世帯の人数と世帯全員分の生活費(月額)
あなたの配偶者の有無	有の場合	配偶者の収入	有・無
	無の場合	状況	未婚・離婚・死別・離婚予定の別居
※1月1日時点の住民票住所が、届出住所と違う場合は以下ご記入ください。			
1月1日時点住民票住所			

健保使用欄	※記入不要※ 健保使用欄
-------	--------------

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	フリガナ	ケンボ ジロウ
		(氏) (名)	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		氏名	健保 二郎
生年月日・年齢	昭和 平成 令和	続柄	長男
	2 年 2 月 2 日		今迄に加入していた健康保険と喪失日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 住所が被保険者と同じ ※被保険者と同居の場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。		
収入	前年年収 0 万円	直近の月収(月収見込) 0 円	今後の収入の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
※扶養したい方と別居の場合は、下記ご記入ください。			
送金	有・無	送金方法	振込・書留
送金額		円/月	別居世帯の人数と世帯全員分の生活費(月額)
あなたの配偶者の有無	有の場合	配偶者の収入	有・無
	無の場合	状況	未婚・離婚・死別・離婚予定の別居
※1月1日時点の住民票住所が、届出住所と違う場合は			
1月1日時点住民票住所			

収入は給与だけではなく、自営業や業務委託などの事業収入(「総収入から「直接的必要経費」を差し引いた額)、出産手当金、育児休業給付、傷病手当金などの休業補償金も含まれます。収入とみなすものの詳細はリクルート健保HPIにてご確認ください。

健保使用欄	※記入不要※ 健保使用欄
-------	--------------