### <記入例>

常務理事	課長	主査	担当者	受 付

# 任意継続被保険者資格取得申請書 提出期限は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内です。

### エヌ·ティ·ティ健康保険組合 理事長殿

# した場合は、押印は不要です。

) 9876 - 1122

被保険者証の	1 被保険者(申請者)氏名	② 事業所名・担当名					
記号 番号	一 (1) 被保険者(申請者)氏名	₩ 末川石、担日石					
1000 1 2 3 4 5 6	7 資格 大介 <b>後</b> 身	NTT○○株式会社 総務担当 電話番号:( 03 ) 1234 - 1111					
被保険者生年月日	昭和 40年 5月 1日	申 3 年月日 平成 29年 4月 1日					
4 年 月 日 <sup>(退職日の翌日)</sup>	平成 29年 4月 1日	保 <sup>5</sup> 険 料 毎月払い 1年払い・半年払い					
6 市区町村 コード	1 4 1 1 6 0 (カナ) ヨコハマシシイズミクイズミチョウ1-	2-3 コーポイズ ミ1111					

(〒 101−0099 )

所

(申請者

記

都 道 神奈川 府(県)

氏名自署の場合、押印は不要です。

・「申出年月日」は退職の翌日以降の日を記入してください。 「市区町村コード」がわからない場合は記入不要です。

## ⑦健 康 保 険 被 扶 養 者(異動)届

電話番号:( 090

健康保険の被扶養者がいる方で、引き続き扶養を継続される場合、または扶養を取り消される場合は、 以下の注意点をお読みになり、必要事項を記入してください。

横浜市泉区和泉町1-2-3 コーポ泉1111

- ・任意継続保険資格取得日前に、20歳以上60歳未満の配偶者の扶養を取り消す場合、
  - 取り消し理由が就職の場合は、「就職先の保険証の写し」を添付してください。
  - 取り消し理由が就職以外の場合は、「被扶養配偶者非該当届」を添付してください
- ・新規に扶養申請をされる場合や、扶養者の氏名等に変更や訂正がある場合は、様式:資第20号「被扶養者(異動)届」に 記入し、必要な添付書類を付けて申請をしてください。
- ・被扶養者の認定要件を満たさない方を扶養している場合、過去に遡り扶養を取り消し、医療費を返還いただくこととなります。

| 続柄 | 性別 | 生年月日 | **②**扶養を | 扶養取り消しの場合に記入

八口	N9L1F1	エカコ	工十万日		(0)人役也	1人民以り目しり物口(に此人		
かナ シカク ハナコ		男	RZ)		継続する	取消年月日	取消理由	
資格 花子	妻	男女	昭 40年	8月 8日	取り消す	平成 29年 3月 1日	収入増	
氏 名	続柄	性別	生年	三月日	8扶養を	扶養取り消しの	場合に記入	
カナ シカク イチロウ		男	1777		継続する	取消年月日	取消理由	
資格 一郎	長男	女	野 5年	10月 1日		平成 29年 4月 1日	就職	
氏 名	続柄	性別	生年	三月日	8扶養を	扶養取り消しの	場合に記入	
カナ シカク ジロウ			1177		継続する	取消年月日	取消理由	
資格 次郎	二男	男女	平 8年	8月 18日	取り消す	平成 年 月 日		
氏 名	続柄	性別	生年	三月日	段扶養を	扶養取り消しの	場合に記入	
カナ シカク タマコ		里	HZZ)		継続する	取消年月日	取消理由	
資格 たま子	母	男女	昭 18年	3月 10日	取り消す	平成 年 月 日		

9 備 考 欄

事業所所在地:

事業所名所·

電話番号:(

主査 審査投入担当者 付 平成 年 月 Н

担当

事業主氏名:

)

□ 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか □ 被扶養者有の場合、被扶養者の記入漏れはないか

□ 資格取得通知書及び保険料振込依頼書を印刷し交付したか

□「3号関係届」がある場合は、3号関連書類一式を事業主から

日本年金機構に提出してください

(平成29年1月改定)

#### 《被保険者(申請者)記入欄》

①被保険者(申請者)が自ら氏名を署名

②退職時(資格喪失時)の事業所・担当 名を記入する。

③資格を喪失した日以降の日付を記入 する。退職の場合は、退職日の翌日以 降の日を記入する。

④資格を喪失した日を記入する。退職 の場合は、退職日の翌日を記入する。

⑤希望する払込方法を記入する。

取得した月により、初回保険料の請求 対象期間は12カ月分や6カ月分とならな い場合があります(年度等による請求限 度月があります)

※1年払いの場合:取得月から当年度3月分 まで(但し、3月取得の場合は、3月分+翌年 度1年分の13カ月分)

※半年払いの場合:取得月から9月分または 3月まで(但し、3月取得の場合は9月までの7 カ月分、9月取得の場合は3月までの7カ月

⑥退職後の住所・電話番号を記入す る。(保険証・請求書類・納付証明書等 の送付先となります)

市区町村コードが不明の場合は事業所 担当者が記入する。

⑦資格喪失時点で、ご家族等NTT健康 保険組合の扶養としている場合は、被 扶養者について記入する。(継続か取り 消のみ)

※新規または扶養者の氏名変更等は、 別様式の資第20号「被扶養者(異動) 届」により申請する。

⑧扶養について、継続する・取り消すの いずれかに〇をする。

また、取り消しの場合は、取り消し年月 日と取り消し理由を記入する。

※扶養者欄が足りない場合は、本申請用紙 をコピー記入し提出してください。

⑨申請書を退職日の翌日から起算して 20日以内に提出できなかった場合の、 理由等があれば記入する。

事業主氏名:

電話番号:(

)

常務理事	課長	主査	担当者	受 付

# 任意継続被保険者資格取得申請書

エヌ・	ティ・ティ健康保険組織	<b>提出期限は</b> 合 理事長殿	<u>資格喪失</u>	日(退職日	の翌日)	<u>から20日以</u>	<u>、内です。</u>			
	被保険者証の 記号 番 号	被保険者	(申請者)氏	名	事業所名・担当名					
	1000	(カナ)		(FJ)	ŧ	話番号:(	)	_		
	被保険者生年月日	昭和 平成	年	月 日	申出	年月日	平成	年	月	日
	資格取得 年月日 (退職日の翌日)	平成	年	月 日	保 払 i	<ul><li>険 料</li><li>込 方 法</li></ul>	毎月払い・	1年払い	・半年払	٧١
	市区町村       コード       (〒 -	(カナ) 都 道								
	(注) 瓜兒白黑の	府県	+			電話番号:	( )			
被保険	・「申出年月日	場合、押印は不要で ヨ」は退職の翌日以降 ıード」がわからない場	の日を記入	· · · ·	N <sub>o</sub>					
請者)記入欄	取り消し理由が 取り消し理由が 新規に扶養申請を 記入し、必要な添	各取得日前に、20歳 就職の場合は、「就職 就職以外の場合は、「 される場合や、被扶 付書類を付けて申請 長件を満たさない方を	送先の保険記 被扶養配係 養者の氏名 をしてくださ	正の写し」を注 異者非該当届 等に変更や い。	添付してく 引を添た 訂正がま	ください。 けしてください。 ちる場合は、村	。 漾式∶資第20号「被			
	氏 名	続柄	性別	生年月	日	扶養を			合に記入	
	<u>カナ</u>		男 昭 女 平		月日	継続する 取り消す	取消年月日       平成     年     月		取消理由	1
	氏 名 か	続柄	性別	生年月	日	扶養を	扶養取り 取消年月日		合に記入 取消理	Ь
	<i>M</i> )		男昭女平	年	月 日	継続する取り消す	平成 年 月		以仍垤□	ц
	<u>氏名</u> か	続柄	性別	生年月	日	扶養を	扶養取り 取消年月日		合に記入 取消理	<b>=</b>
			男 昭 女 平	年	月 日	継続する 取り消す	平成 年 月		-MIII-TE	
	氏 名 か	続柄	性別	生年月	日	扶養を	扶養取り 取消年月日		合に記入 取消理	h
	м)		男昭	年	月 日	継続する 取り消す	平成 年 月		双伯姓	Ц
	備考欄									
	**************************************			課長	Ę.	主 査	審査投入担当者		受 付	
事	事業所所在地:							平成	年 月	日
莱	事業所名所:							I		

(平成29年1月改定)

□ 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか □ 被扶養者有の場合、被扶養者の記入漏れはないか □ 資格取得通知書及び保険料振込依頼書を印刷し交付したか

日本年金機構に提出してください

□「3号関係届」がある場合は、3号関連書類一式を事業主から