[様式：資第8号]

＜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

《被保険者（申請者）記入欄》

被保険者（申請者）記入欄

被保険者証の記号	番号	① 被保険者（申請者）氏名	② 事業所名・担当名
1000	1 2 3 4 5 6 7	(カナ) シカク ダイスケ 資格　大介　資格印	NTT〇〇株式会社　総務担当 電話番号：（ 03 ）1234 － 1111

被保険者生年月日	昭和・平成 40年 5月 1日	③申出年月日	平成 29年 4月 1日
④資格取得年月日（退職日の翌日）	平成 29年 4月 1日	⑤保険料払込方法	毎月払い・1年払い・半年払い

⑥住所　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 ）

神奈川　都道府県　横浜市泉区和泉町1-2-3 コーポ泉1111

電話番号：（ 090 ）9876 － 1122

（注）・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

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。

・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。

氏名	続柄	性別	生年月日	⑧扶養を	扶養取り消しの場合に記入 取消年月日	取消理由
カナ シカク ハナコ 資格　花子	妻	男・女	昭・平 40年 8月 8日	継続する・取り消す	平成 29年 3月 1日	収入増
カナ シカク イチロウ 資格　一郎	長男	男・女	昭・平 5年 10月 1日	継続する・取り消す	平成 29年 4月 1日	就職
カナ シカク ジロウ 資格　次郎	二男	男・女	昭・平 8年 8月 18日	継続する・取り消す	平成 年 月 日	
カナ シカク タマコ 資格　たま子	母	男・女	昭・平 18年 3月 10日	継続する・取り消す	平成 年 月 日	

⑨備考欄

①被保険者（申請者）が自ら氏名を署名した場合は、押印は不要です。

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カ月分）

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。

事業所処理欄

事業所所在地：

事業所名所：

事業主氏名：

電話番号：（　　）　－

課　長	主　査	審査投入担当者	受　付
			平成　年　月　日 担当

☐ 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）

[様式：資第8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

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

被保険者（申請者）記入欄

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者（申請者）氏名	事業所名・担当名
1000		(カナ) 印	電話番号：(　　)　　－

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	保険料払込方法	毎月払い・1年払い・半年払い

住所	市区町村コード	(カナ)
	(〒　　－　　) 都道府県	電話番号：(　　)　　－

（注）・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。

健康保険　被扶養者（異動）届

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。

・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、被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。

氏名	続柄	性別	生年月日	扶養を	扶養取り消しの場合に記入	
					取消年月日	取消理由
カナ		男 女	昭 平　　年　　月　　日	継続する 取り消す	平成　　年　　月　　日	
氏名	続柄	性別	生年月日	扶養を	扶養取り消しの場合に記入	
					取消年月日	取消理由
カナ		男 女	昭 平　　年　　月　　日	継続する 取り消す	平成　　年　　月　　日	
氏名	続柄	性別	生年月日	扶養を	扶養取り消しの場合に記入	
					取消年月日	取消理由
カナ		男 女	昭 平　　年　　月　　日	継続する 取り消す	平成　　年　　月　　日	
氏名	続柄	性別	生年月日	扶養を	扶養取り消しの場合に記入	
					取消年月日	取消理由
カナ		男 女	昭 平　　年　　月　　日	継続する 取り消す	平成　　年　　月　　日	

備考欄	

事業所処理欄

事業所所在地：

事業所名所：

事業主氏名：

電話番号：(　　)　　－

課 長	主 査	審査投入担当者	受 付
			平成　　年　　月　　日 担当

☐ 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）