（提出ルート）
被保険者　→　イオン健康保険組合

〒261-8515　千葉市美浜区中瀬1-5-1
（☎　043-212-6048）

イオン健康保険組合理事長　殿

健康保険　任意継続被保険者　資格取得申請

記 入 例

＜ 被保険者記入欄 ＞　令和　　年　　月　　日　下記のとおり申請します。

①退職(資格喪失)時の保険証 記号	番号	②被保険者氏名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)	③性別	④生　年　月　日	⑤年齢
8	987○54	サイゴウ　タカオ 西郷　高雄	男・女	昭・平　28年　9月　25日	65

退職(資格喪失)時に勤務していた事業所(会社)			⑧資格喪失日(退職日の翌日)
	⑥会社名	イオンリテール㈱	
	⑦店舗名(部署名)	イオンスタイル　東京店	令和　3年　6月　21日

⑨被扶養者について	⑩保険料納付方法（郵便局での払い込みのみ）
有（　1　人）・　無　　＜該当する方に○＞ ★「有」の場合は次の書類を添付すること □ 1．「世帯全員の住民票(続柄・筆頭者記載有)原本」１通 □ 2．下記「健康保険被扶養者届(任意継続加入時)」に引続き扶養する家族をご記入し「被扶養者現況届」を別途記入 □ 3．被扶養者現況届を記入した際の「添付書類」	＜希望される番号に○をつけてください＞ 1．毎月納付する（前納は希望しない） 2．半年毎（９・３月分まで）の前納を希望する 3．一年間（３月分まで）の前納を希望する ★前納割引制度あり ※振込手数料は被保険者負担

⑪郵便番号	⑫退職（資格喪失）後の住所　※注１
8 5 7 － ○ × ○ ×	フリガナ（ナガサキケン　サセボシマルバツマチ1-1 都道府県 長崎　佐世保市○×町１－１

⑬電話番号	⑭資格喪失時の組合名称	※注1
自宅：0956（　25　）○×○× 携帯：（　　）	イオン健康保険組合	ただし退職後に引っ越しをされる方は、引っ越し後の連絡のとれる住所・電話番号を記入して下さい。（退職後の住所が申請書提出時の住所と異なる場合は、裏面（２枚目）の下段に引っ越し前の住所・電話番号・引っ越し日を記入して下さい。）

⑮裏面または２枚目の注意事項を確認しましたか
☑ 確認しました

＜引き続き扶養する家族がいる場合は、必ず記入ください＞

健康保険　被扶養者届（任意継続加入時）　※注２

被扶養者欄	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業等	同居別居
	フリガナ サイゴウ　ハルミ 西郷　晴美	昭・平・令　29年　10月　24日	男・女	妻	パート	同・別
	フリガナ	昭・平・令　年　月　日	男・女			同・別
	フリガナ	昭・平・令　年　月　日	男・女			同・別
	フリガナ	昭・平・令　年　月　日	男・女			同・別

※注２　任意継続健康保険に加入する場合、扶養の再審査を行います。世帯全員の住民票(続柄・筆頭者記載有)原本」１通　と一人１枚「被扶養者現況届」を記入の上、必要な書類を添付して下さい。状況により別途届出が必要な場合があります。

2022.1

＜健保処理欄＞

喪失時	資格取得年月日	SHR　年　月　日	標準報酬月額　千円		任意継続保険証	記号 / 番号
	資格喪失年月日	R　年　月　日				90
任意継続	資格取得年月日	R　年　月　日	標準報酬月額　千円	保険料月額　円	介護保険	有・無
	喪失予定年月日	R　年　月　日			1.添付 2.不能 3.滅失	令和　年　月　日

常務理事	事務長	課長	係

R　年　月～	保険料月額
介護 有・無	円

確認日

受付日