

# 任意継続被保険者資格取得申請書

(文字と数字はハッキリ記入して下さい)

「任意継続被保険者制度のご案内」を熟読の上、太枠内を漏れなく記入・捺印し必要書類を揃えて提出してください。

※在职時の資格確認書をお持ちの方(被扶養者も含む)は、資格喪失時の所属事業所への返却を確約のうえ、

下記申請者氏名欄に自署ご捺印ください。尚、紛失し返却できない場合は、「滅失届」を所属事業所へご提出ください。

フリガナ					提出日	令和	年	月	日		
申請者氏名	(印)				性別	男・女					
					生年月日	昭和 平成	年	月	日		
住 所	〒				年 齢	才					
					電話番号	- -					
					携帯電話	- -					
緊急連絡先 (ご本人以外の方)	フリガナ 氏名			続柄			電話番号	- -			
					携帯電話	- -					
資格喪失時の所属事業所(会社名および所属)					資格喪失年月日(退職日の翌日)						
					令和 年 月 日						
資格喪失時の記号	番号				資格喪失時の標準報酬月額						
					千円						
被保険者本人を含む、取得申請者全員を下記に記入してください											
【資格確認書発行要否の確認】								左記のAまたはBに該当する方のみ該当の記号を□に記入			
A. マイナンバーカードを紛失した・更新中の者											
B. マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある者								↓			
取得申請者	被保険者	①	フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日	年 齢	続 柄	同・別居	収入 (月額)	資格確認書 発行要否	
				同上	同上	同上	本人			発行が必要 <input type="checkbox"/>	
	被扶養者	②		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日			同居 別居	千円	発行が必要 <input type="checkbox"/>
		③		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日			同居 別居	千円	発行が必要 <input type="checkbox"/>
		④		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日			同居 別居	千円	発行が必要 <input type="checkbox"/>
給付金振込先		金融機関名	金融機関コード	支店名		支店コード	種類	口座番号			
		みずほ銀行	0 0 0 1	支店			普通				
保険料支払方法 (○をお付け下さい)		1	単月払		2	半期前納払		3	一年度前納払		
付 記											

受付日付印

備考欄	
-----	--

資格喪失時の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記入する場合は、事前に個人番号・本人確認をするための添付資料が必要ですので、事前に当組合までご連絡ください。)

みずほ健康保険組合 事務処理欄					常務理事	事務長	次長	担当
記 号	番 号				資格取得日			
7 0 0 0					令和	年	月	日

# 被扶養者 認定申請書 - 1

## 《被扶養者 認定申請書の提出範囲》

- ①配偶者の申請の場合は、「-1」を提出
- ②夫婦共同扶養の就職歴のない高校・専門学校・大学・大学院までの子は「-4」を提出
- ③夫婦共同扶養の上記②以外の子は扶養したい方1名につき「-1」「-2」「-3」「-4」を提出
- ④大学生までの子で配偶者がみずほ健保の被扶養者の場合、認定申請書の提出不要
- ⑤上記①から④以外の場合は、扶養したい方1名につき「-1」「-2」「-3」を提出

## 《注意事項》

- 以下、扶養申請したいご家族を「扶養したい方」と記載しています。
- 未記入や不備があった場合、扶養審査が行えず認定日が遅れることがあります。
- 虚偽の申告があった場合は、認定日に遡って資格を取消し、医療費等を返還請求します。

被扶養者認定限度額(収入)(年間)	
下記以外の対象者	130万円未満
19才以上23才未満 (配偶者を除く)	150万円未満
60才以上	180万円未満
厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障がい者	

記号		番号		被保険者氏名	
扶養したい方の氏名		年齢		続柄	

## 1. 扶養したい方の直近の健康保険の状況

↓該当するものに○をつけて、右欄カッコ内にご記入下さい。

他の健康保険の被保険者または被扶養者	健康保険組合名( )	(資格喪失日: 年 月 日)
他の健康保険の任意継続被保険者	保険料の納付( 年 月迄納付済)	(資格喪失日: 年 月 日)
他の家族の健康保険被扶養者	健康保険組合名( )	(資格喪失日: 年 月 日)
国民健康保険	市区町村名( )	
未加入(無保険)	( 年 月 日から未加入の為、無保険)	
みずほ健康保険組合の被保険者または被扶養者 (記号番号: - )		

## 2. 被保険者に生計を維持されている理由

↓該当する理由すべて(複数回答有)に○をつけて、右欄カッコ内に必要事項をご記入下さい。

結婚した為	(婚姻日: 年 月 日)
退職した為	(退職日: 年 月 日)
失業給付の受給権はあるが、受給する意思がないので、手続きは取らず無収入となる為	
在職中、雇用保険が未加入であった為、失業給付が受給出来ず無収入の為	
自己都合退職後、雇用保険の失業給付受給開始までの間が無収入の為	
失業保険の受給が終了した為	(受給終了年月日: 年 月 日)
失業保険の受給を延長し無収入の為	延長理由(出産・育児、疾病、配偶者の海外赴任同行)
60歳以上だが、まだ年金受給の手続きをしていない	(受給手続予定日: 年 月 日)
60歳以上だが、加入期間が足りず年金が受給出来ない	
年金収入があるが、認定限度額未満であり、且つ生計費の半分以上を被保険者が負担している為	
給与(アルバイト・パート、通勤手当含む)収入はあるが、認定限度額未満であり、且つ生計費の半分以上を被保険者が負担している為	
家事を専業としており(専業主婦など)、無収入の為	
介護があり、就業できない為	介護の対象者氏名( )続柄( )
自営業を営んでいるが、認定限度額未満であり、且つ生計費の半分以上を被保険者が負担している為	
自営業を廃業し、無収入の為	(廃業年月日: 年 月 日)
療養中で就業できない為	傷病手当金受給の有無(有・無) (傷病名: )
利子・配当など所得があるが、認定限度額未満であり、且つ生計費の半分以上は被保険者が負担している為	
その他 ※具体的にご記入下さい	

3. 扶養したい方の配偶者・家族について

※カッコ内の選択肢に○をつけながら、右の設定問に進み、該当項目にご記入下さい。

扶養したい方(家族)の続柄が子の場合	被保険者(本人)の配偶者の有無	(有)	配偶者の収入	(有)	→	配偶者の収入(月額)	円
		(無)	無の場合の理由	(離婚)	→	(離婚日: 年 月 日)	
				(未婚)	→	養育費の有無(有・無)、(養育費金額 円/月)	
				(死別)	→	遺族年金の有無(有・無)(死亡日: 年 月 日)	
扶養したい方(家族)以外の続柄が子以外の場合	扶養したい方(家族)の配偶者の有無	(有)	配偶者の収入	(有)	→	配偶者の収入(月額)	円
		(無)	無の場合の理由	(離婚)	→	(離婚日: 年 月 日)	
	(未婚)			→			
	(死別)			→	遺族年金の有無(有・無)(死亡日: 年 月 日)		
扶養したい方(家族)以外の被保険者(本人)以外の「家族」の有無(注)	(有)	被保険者(本人)以外で生計費を援助してもらっている「家族」の有無	(有)	→	援助者(有)の場合	援助者氏名	
	(無)		(無)			援助者続柄	
						援助金額(月額)	円

(注)この場合の「家族」とは、被保険者以外で、扶養したい方の父母・兄弟姉妹・子・祖父母・孫にあたる方で同居・別居は問いません。

4. 扶養したい方の収入について

※自治体からの手当などがある場合は、「その他」の欄に具体的にご記入下さい。

※今後の見込みについてご記入下さい。

※各項目すべてに記入して下さい。(0円の場合は0と記入)

収入の内容	月額(円)
給与収入(アルバイト・パート、通勤交通費や各種手当を含めた税引前の金額の直近3ヶ月平均)	円
年金収入(基礎・老齢・遺族・障害・共済・企業年金など、税引前の金額)	円
事業収入から直接的必要経費(売上原価)を控除した金額	円
雇用保険の失業給付(受給開始日: 年 月 日)	円
健康保険の傷病手当金・出産手当金(支給開始日: 年 月 日)	円
労災保険の休業補償給付(支給開始日: 年 月 日)	円
不動産収入	円
利子・配当収入(収入から経費を除いた金額)	円
他者からの援助(養育費や慰謝料など継続的なもの)	円
その他 ※自治体からの手当など、具体的にご記入下さい。	円
合計 (月額で記入。年額の場合は1/12で計算の上、合計して下さい。)	円

5. 扶養したい方が被保険者と『同居』の場合の家族構成

※同居している家族全員を記入して下さい。

氏名	年齢	続柄	職業	年間収入
被保険者		本人		円
①				円
②				円
③				円
④				円
⑤				円

6. 扶養したい方が被保険者と『別居』の場合の理由・援助額・世帯構成

※扶養したい方が被保険者と同居されている場合は、記入不要です。

(1) 別居理由 ※該当するものに○をつけて下さい。

被保険者が単身赴任の為(会社都合による)
特別養護老人施設や障害者施設へ入所している為
その他 ※具体的にご記入下さい

(2) 扶養したい方への仕送り金額 (口座振込みのみ、手渡しは不可です。)

送金金額	1ヶ月	円
------	-----	---

(3) 扶養したい方の世帯構成 ※該当するものに○をつけて下さい。

同居者なし
同居者あり

↓ ※扶養したい方の同居者を記入して下さい。

氏名	年齢	続柄	職業	年間収入
①				円
②				円
③				円
④				円
⑤				円

**被扶養者 認定申請書 - 4 夫婦共同扶養に関する申出書**

夫婦とも被用者保険の被保険者の場合、共同扶養する子は被扶養者の人数にかかわらず、被保険者の年間収入(過去の収入、現時点の収入、将来の収入等から今後一年間の収入を見込んだもの)が多い方の被扶養者とする。

**申請者(被保険者本人)の収入についてご記入下さい**

■前年収入( 千円) 下記添付書類が必要です。

※所得ではなく総収入額を記入して下さい。

【添付書類】源泉徴収票(写)又は課税証明書(写)

■申請日から一年間の収入見込額( 千円) 下記添付書類が必要です。

【添付書類】給与収入見込書(写)又は労働契約書(写)又は育児休業給付金明細書(写)等  
※現在の収入と変わらない場合、添付は不要です。育児休業給付金明細については下表にご記入下さい。

**配偶者の収入等についてご記入下さい**

■前年収入( 千円) 下記添付書類が必要です。

※所得ではなく総収入額を記入して下さい。

【添付書類】給与所得者⇒源泉徴収票(写)又は課税証明書(写)  
自営業者⇒確定申告書(控)・収支内訳書(写)

■申請時の標準報酬月額( 千円) 下記添付書類が必要です。

【添付書類】給与明細等、申請時の標準報酬月額が確認できる書類。確認書類が無い場合は勤務先又は  
ご加入の健保組合にご確認のうえ、必ずご記入下さい。

■申請日から一年間の収入見込額( 千円) 下記添付書類が必要です。

【添付書類】給与収入見込書(写)又は労働契約書(写)又は育児休業給付金明細書(写)等  
※現在の収入と変わらない場合、添付は不要です。育児休業給付金明細については下表にご記入下さい。

■配偶者の加入健保名(又は共済組合名、国保の場合は市区町村名)

( )

**被保険者本人又は配偶者が育児休業給付金を受給中・又は受給予定の場合は、必ずご記入下さい**

※給付金の計算方法についてはハローワークのホームページをご確認下さい。

【育児休業開始日】 ( 年 月 日)

【育児休業終了予定日】 ( 年 月 日)

【休業開始時賃金日額】 ( 千円)

【ひと月の支給額】・・・育児休業開始から180日 (67%) ( 円)

【ひと月の支給額】・・・育児休業開始から181日目以降 (50%) ( 円)

**みずほ健康保険組合**

理事長殿

**確認書**

1. 配偶者の収入が被保険者より上回った場合は直ちに(育休を取得している場合は育休終了後)貴組合に申し出、被扶養者を配偶者の健康保険組合へ扶養異動する事。
2. 貴組合の求めに応じ被保険者及び配偶者の収入確認書類を提出する事。
3. 扶養異動すべき日以降に発生した医療費及び給付金は貴組合からの返還請求に応じる事。

上記の内容について確認承諾のうえ、署名・捺印致します。

被保険者 記号・番号 \_\_\_\_\_

被保険者署名 \_\_\_\_\_ (印)

配偶者署名 \_\_\_\_\_ (印)