

任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

※太枠の中を記入ください

任継取得後	記号	5551	番号		シ	メイ	生年月日	年齢・性別
					氏	名	昭 平	年 月 日 5.男 6.女
退職時	記号		番号					
退職時の事業所				資格取得年月 (退職日の翌日)	令 和	年 月 日	退職時の標 準報酬月額	千円

連絡先	〒	—						※ 郵便番号を必ず記入して下さい	
	電話番号	— —			ケイタイ 電話番号	— —			
	緊急連絡先	— —			緊急連絡先 氏名			続柄	

※ 緊急連絡先は、ご本人様の電話番号では連絡がつかない際に使用します。

被扶養者 家族 情報	扶養家族	有・無 別居の場合はその扶養家族の住所を記入して下さい。 有に○をした場合は↓に家族情報を記入して下さい							
		シ	メイ	生年月日			年齢・性別	続柄	住所(被保険者と住所が異なる場合)
				昭 平 令	年 月 日	歳		〒 —	
				昭 平 令	年 月 日	歳		〒 —	
				昭 平 令	年 月 日	歳		〒 —	
				昭 平 令	年 月 日	歳		〒 —	

- 添付書類例(同居)
- 在学証明書・全日制(原紙)
 - 在学証明書・全日制以外(原紙) + 所得証明書(原紙)
 - 所得証明書(原紙)【所得 0円】
 - 所得証明書(原紙)【給与所得有り】 + 直近の給与明細3ヶ月分(写)
 - 所得証明書(原紙)【年金所得有り】 + 直近の年金振込通知書(写) 場合によっては他の書類が必要です。

16歳以上の被扶養者は、必ず何らかの添付書類が必要です。添付されて無い場合は、加入の認定が出来ません。

必要な書類は健保組合のホームページ、又は、退職時の各事業所健保担当者に確認して、必ず添付して下さい。

給付金等の振込口座	(銀行コード)		(支店コード)		(口座番号)								
	銀行		支店		普通預金 No.								
	(口座名義)												
※保険料の自動引落 口座ではありません	※ ゆうちょ銀行は対応していません。 ※ 一部負担還元金、家族療養付加金などがあつた場合、健保から振込をするための口座です。 ※ 本人名義の口座を指定して下さい。												
保険料納付方法 (ご希望方法に○)	単月 方式	毎月1日～10日の間に 1ヵ月分を振込	半期前 納方式	取得月～9月分又は3月 分までの年2回振込	通期前 納方式	取得月から3月分ま でを一括振込							

【注意事項】この申請は退職日後20日を過ぎた場合は、受け付けられません。(任意継続に加入出来ません。)

この申請書の他に「承諾書」の提出も必要です。

納付方法の、『半期前納方式』と『通期前納方式』は保険料の割引があります。

納付方法の、『単月方式』は1日でも入金が遅れた場合は脱退となります。(再加入は出来ません)

受理印

承諾書

- ① 任意継続期間 退職日の翌日から継続して最長2年間(延長は出来ません)
- ② 資格喪失条件 ①任意継続被保険者期間が2年を満了したとき
②再就職により協会健保・組合健保・船員保険等の被保険者となったとき
③被保険者が死亡したとき
④後期高齢者医療制度に該当となったとき
⑤保険料を納付期日までに納付されなかったとき
⑥被保険者から脱退の申出があった時
⑥によって資格喪失する場合は、当健保HPにある資格喪失申請書兼還付請求書を当健保が受理した日の翌月1日をもって資格喪失となります。
- ③ 初回分保険料 退職時の標準報酬月額健康保険料(及び40歳以上65歳未満の方は介護保険料)の納付書お送りしますので、速やかに納付してください。(保険料は2年間変わりません)
※指定期日までに保険料の振り込みがなかった場合、「加入取消」となります。
※加入者名以外で振り込んだ場合本人確認が出来ず「加入取消」になる可能性があります。
- ④ 保険料納付方法 ① 単月方式・・・初回保険料は納付書が届き次第、速やかに納付してください。
以降月々納付の場合は、毎月1日～10日(休日の場合は翌金融機関営業日)までに納付してください。
② 半期前納方式・・・ 前期:4月～9月
後期:10月～翌年3月
③ 通期前納方式・・・ 一括:4月～翌年3月
※半期前納・通期前納払いの場合は、保険料の割引の適用が受けられます。
- ⑥ 脱退について 資格喪失条件②就職、③死亡、⑤未納に該当した場合は、直ちに当健保へ連絡し、必ず脱退手続きをして資格確認書を返却して下さい。
- ⑦ 資格喪失後 当健保組合の脱退(資格喪失や加入取消)日以降に医療機関にて資格確認書(交付対象者のみ)を使用した場合は、後日、健保組合負担分を請求します。医療機関に資格確認書の提示がない場合でも、当組合の加入資格を利用したことがわかった場合は同様に請求します。

※記入日および被保険者氏名欄に自署し、「任意継続被保険者資格取得申請書」と一緒に事業所の健保担当者、または当健保へ直接提出して下さい。

私は、上記の事項を理解・承諾した上で任意継続被保険者制度の加入手続きを行うことを誓約します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 (自署)