

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

太枠内を記入してください。

申請日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------|-----------|----|-----|
| 退職時の健康保険被保険者証の記号および番号 | 記号 | フリガナ 被保険者の氏名 | | | |
| | 番号 | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 住民票住所 | 〒 - TEL 自宅 () 携帯 () | | | | |
| 居所住所 (郵便物等の送付先) | 〒 - | | | | |
| 退職時に在籍していた事業所 | 名称 | | | | |
| 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 (退職日の翌日) | | | | |

被扶養者(該当者全員を記入してください。現況と異なる場合は「健康保険被扶養者異動届」の提出が必要です。)

※16歳以上の、学生の方は学生証の写し又は在学証明書など、その他の方は市区町村発行の所得証明書・源泉徴収票など、年金受給者の方は年金振込通知書の写しも併せて添付してください。(添付書類はご家族の状況等により異なりますので、上記以外の添付書類を提出していただく場合があります。ご不明な点がある場合は、健保組合へお問い合わせください。)

| フリガナ 氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 職業 | 住所(別居している方のみ記入してください。) |
|------------|-------------|----|----|----|------------------------|
| | 昭・平・令 年 月 日 | | | | 〒 - |
| | 昭・平・令 年 月 日 | | | | 〒 - |
| | 昭・平・令 年 月 日 | | | | 〒 - |
| | 昭・平・令 年 月 日 | | | | 〒 - |

保険料の納付方法 (☑選択してください。自動引落はできません。)

毎月払い

6ヵ月前納 (年2回)

1年前納 (年1回)

注) 1年前納: 4月(または任継加入月)~3月(年度末)までの年1回払い

6ヵ月前納: 4月(または任継加入月)~9月までと10月(または任継加入月)~3月までの年2回払い

※ この申請書は被保険者資格喪失後(退職などした日の翌日から)20日以内に提出してください。

【健保組合使用欄】

資格確認

受付日付印

- 資格取得年月日 昭・平・令 年 月 日
- 資格喪失年月日 令 年 月 日
- 被保険者期間 年 カ月
- 喪失時の報酬月額 円
- 生年月日 昭・平 年 月 日
- 給付関係の有無
- その他

確認日

令和 年 月 日

(注意)

任意継続被保険者資格を取得されますと、次の理由以外による資格喪失は認められません。

【資格喪失理由及び資格喪失日】

- | | |
|-------------|--------------------------------|
| 1. 期間満了 | 任意継続被保険者となって2年を経過した日 |
| 2. 就職 | 再就職先で健康保険の被保険者となった日 |
| 3. 死亡 | 死亡された日の翌日 |
| 4. 保険料未納 | 納付日(各月10日)までに入金されなかった日の翌日 |
| 5. 後期高齢等に該当 | 75歳の誕生日または、後期高齢者医療制度の被保険者となった日 |
| 6. 本人申請 | 申出が受理された日の属する月の翌月1日 |

※ 上記以外の理由(国民健康保険へ切り替える、又はご家族の健康保険の被扶養者になるなど)による自己都合の資格喪失はできません。

なお、任意継続被保険者期間中に就職等で他の健康保険に加入する、本人申請による資格喪失を申出の場合は健康保険組合までご連絡ください。

また、任意継続被保険者資格取得後に、【氏名・住所・電話番号等】の変更があった場合には速やかに健康保険組合までご連絡ください。

保険料未納のため任意継続被保険者資格を喪失された場合は、直ちに健康保険被保険者証をご返却ください。