

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係員

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

- *この申出書は、資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に届くように提出してください。
- *この申出書に申出者等の居住証明(住民票)を添付してください。
- *申請の際に1ヶ月分の保険料(資格喪失月の翌月に手続きをする場合は2ヶ月分)を現金書留で郵送してください。
- *送付先住所: 〒150-8407 東京都渋谷区東2-10-8 電話番号:03-3409-7918(業務一課)

※太枠内に記入をお願いします。

申出者	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	性別	男女	
	氏名										
	住民票住所	〒 - (自宅) - -									
	居所	〒 - (携帯) - -									
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 【居所の記入について】 住民票住所と居所が同じ場合、居所住所の記入は不要です。 </div>											

勤務されていた事業所	名称									
	本社所在地									
	記号	番号	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日			

納付方法をご選択ください。	1. 毎月払い 2. 年一括払い 3. 半期前納	<p><左記②・③について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・前納期間は、4～9月・10～翌年3月までの半期、4～翌年3月までの年一括の期間が基本となり、取得する時期により期間に違いがあります。また保険料が割引(年4%複利現価法による)になります。 <p><注意事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・前納保険料の納付期限は任意継続の資格取得月の末日となります。喪失日及び申出の手続き時期によっては受けできない場合もあります。 ・毎月払いの納付期限は当月の10日になります(入金いただくと翌月10日まで資格が発生します)。 ・選択のない場合は、毎月払いとさせていただきます。
---------------	--------------------------------	---

《保険料の納付誓約》

指定された納付期日までに必ず納付することを誓約します。なお違約した場合は、健康保険法第38条第3号(保険料を納付期日までに納付しなかったときは被保険者の資格を喪失する)に基づき資格を喪失しても異議申し立て致しません。

氏名 _____

被扶養者欄	・引き続き被扶養者として申出の方をご記入ください。 注)ご記入のない被扶養者は削除となります。 注)被扶養者の申出を行う場合は、別途添付書類をいただく場合があります。
-------	---

被扶養者として加入するのは	被扶養者の氏名		続柄	生年月日	性別	職業	被保険者との同居又は別居
	フリガナ	氏名				月平均収入	
継続 新規	(フリガナ)			昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	同居 別居
	(氏)						
継続 新規	(フリガナ)			昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	同居 別居
	(氏)						
継続 新規	(フリガナ)			昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	同居 別居
	(氏)						
継続 新規	(フリガナ)			昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	同居 別居
	(氏)						

※健保組合記入欄

資格取得決定事項		内訳	一般	円	内訳	一般	円
記号	9900 -		調整	円		調整	円
			介護	円		介護	円
退職時標準報酬月額		月分	合計	円	月分	合計	円
千円		千円		受付日付印			