健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係

＊この申請書は、**資格喪失日(退職日の翌日)から 20 日以内に提出**してください。
（資格喪失日前には、受理することができません。）

※ 太枠内のご記入・ご捺印をお願いします。

申請者	フリガナ			生年月日	昭平令	年	月	日	年齢 歳	性別	男・女
	氏名	氏	名								
	現住所	〒　　―									
		携帯電話	―　　―		自宅電話	―　　―					

雇用されていた適用事業所	記号		番号		資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和　年　月　日
	名称				
	所在地	〒　　―			

取得月以降の納付方法をご選択ください。（○をつけてください。）	1. 年一括前納	**左記1・2について** ・前納期間は、4～翌年３月までの年一括と4～9月、10～翌年３月までの半期毎の期間が基本となり、取得月の翌月からの保険料となります。（取得する時期により、期間の違いがあります。） **注意事項** ①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。喪失日及び申請手続き時期によってはお受けできない場合もあります。 ②前納を希望した場合は、新たに健康保険の被保険者となった場合、又は死亡した場合を除き保険料の還付はできません。 ③毎月納付の納付期限は当月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。） ④選択のない場合は、毎月納付とさせていただきます。 ⑤退職後の**減収による保険料の減額はありません**。 ⑥保険料の口座自動引落しはできません。
	2. 半期ごと前納	
	3. 毎月納付	

事前申出書（申請書）受付後、納付書をご自宅宛郵送いたします、組合が入金確認後、被保険者証を交付いたします。
★組合窓口での現金の取り扱いはできません。（金融機関（郵便局を除く）での振込み）

指定された納付期限までに必ず納付します。なお、納付期日までに納付しなかった場合は、健康保険法第 38 条第 3 号(保険料を納付期限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、一切異議申し立て致しません。
また、資格喪失後の受診に係る保険給付費(医療費・給付金)・健診費用・インフルエンザ補助金等については、一切貴組合にはご迷惑をおかけしないことを約束します。以上のことを誓約したうえで、任意継続被保険者資格取得の申請を致します。

令和　　年　　月　　日　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

被扶養者欄

・引き続き被扶養者として申請する方を以下にご記入ください。
・ご記入のない被扶養者は削除となります。

被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業 月平均収入	同居・別居の別
フリガナ 氏	フリガナ 名	昭平令　年　月　日	男・女		円	同居・別居
フリガナ 氏	フリガナ 名	昭平令　年　月　日	男・女		円	同居・別居
フリガナ 氏	フリガナ 名	昭令平　年　月　日	男・女		円	同居・別居

健保使用欄

資格取得決定事項	記号・番号			保険料	月額　円	発行納付書	
	取得年月日	年　月　日		初回請求額	円（　～　月分）	月	～　月分
	喪失年月日	年　月　日		納付期限	年　月　日	年	～　月分
	標準報酬月額 退職	千円		入金日	年　月　日	半	～　月分
	標準報酬月額 任継	千円		入金額	円	高齢受給者証 有・無	

受付年月日