

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

在職時の保険証の 記号番号	・ お持ちの保険証を確認ください	退職日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
------------------	----------------------------	-----	-------------------

住 所	〒 — 退職後の住所をご記入ください。		
-----	----------------------------	--	--

電 話 番 号	××× (◇◇◇◇) ××××	性 別	男 ・ 女
---------	-----------------	-----	-------

生 年 月 日	昭和・平成 ◇◇ 年 ◇◇ 月 ◇◇ 日		
---------	----------------------	--	--

給 付 金 等 の 受 取 口 座	銀行コード	銀行	店番	本店
	××××	○○○ 信用金庫 信託銀行	×××	支店
	普通・当座	口座番号 ○○○○○○	口座名義 (カタカナ) △△△ △△△ ××× ×××	出張所
※給付金・還付金が発生した場合は、上記の口座に振り込みます。				

加入翌月からの保険料の納付方法を下記より選択してください。(加入月は単月納付となります)

保 険 料 の 納 付 方 法 ※希望する番号 に○をつけて ください。	1. 単 月 納 付	毎月 1 日から 10 日の間に振込納付	2 回目以降の保険料の 納付方法を選択してく ださい。
	2. 半 期 前 納	加入月の翌月から 9 月までの累計分を、 込納付	
	3. 通 年 前 納	加入月の翌月から翌 3 月までの累計分を 振込納付	

- 申請手続： 1. 提出期限は**退職日翌日より 20 日以内**とします。
 2. 扶養家族のある場合は「健康保険被扶養者（異動）届」「被扶養者事情説明書」「証明書類」を**退職日の 14 日前まで**に健康保険組合へ提出してください。
 3. 申請には退職日までに継続勤務期間が**2ヶ月以上**あることが必要です。

期 間： 原則として最長 2 年間

- 資格喪失： 1. 任意継続被保険者となった日から起算して 2 年を経過したとき
 2. 被保険者が死亡したとき
 3. 保険料を期日までに納めなかったとき
 4. 再就職により他の健康保険・船員保険・共済組合に加入したとき
 5. 75 歳になり、後期高齢者医療制度に加入するとき
 6. 任意継続保険の資格喪失を喪失希望月の前月までに申し出たとき

注意事項：被保険者の就職または死亡の月以降の保険料を納めていた方（資格喪失 2.4 に該当）のみ、該当月の保険料の払い戻しを受けられます。上記「資格喪失」の喪失事由以外は任意継続の資格を喪失できませんのでご注意ください。

給 付：在職中と同じです。（傷病手当金・出産手当金は制限あり）
 健康診断の利用もできます。子宮頸がん予防ワクチン接種補助金制度は対象外です。

上記を確認致しましたので申請します。

令和 年 月 日

自 署

被保険者であった者の（氏 名） _____

健保記入欄	資格喪失時 標準報酬月額	千円
-------	-----------------	----