

決 裁	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係員

被保険者証記号番号	9920 ー	決定月額	千円	保険料 月額	合計	円
資格取得年月日	・	資格喪失予定年月日	・		一般	円
					調整	円
					介護	円

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

次の事項をお読みいただき、ご了解の上申請してください。

- ・初回納付期限までに保険料を納入しなかった場合には、任意継続の資格が取得できないことを了解いたします。
- ・任意継続の資格を取得した後、毎月の納付期限までに保険料を納入しなかった場合には、資格喪失となることを了解いたします。
- ・その他下記の注意事項を了解の上、健康保険任意継続被保険者制度の加入を申請いたします。

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和	年	月	日
氏名					平成			
住所	〒 ー				電話番号	ー	ー	
					携帯番号	ー	ー	
勤務していた事業所名称								
勤務していたときに使用していた被保険者証の記号及び番号	ー			資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日
被扶養者の有無	有・無	※「有」の場合は、「健康保険 任意継続被保険者 被扶養者異動届」及び必要書類を添付してください。						
備考欄								

下欄は、健康保険からの給付金等の振込みの際に使用します。必ず本人名義の口座をご記入ください。

## ※ 保険料の自動引落しは行っていません

銀行名	本・支店名	区分	口座番号	口座名義
		当座		フリガナ
		普通		

(注意事項)

令和 年 月 日 提出

1. 太枠内を記入してください。
2. 資格喪失年月日は、退職日の翌日を記入してください。
3. この申請書は、資格喪失日から20日以内(必着)に当健保組合へ提出してください。申請書の当健保組合への到着が20日間を経過した場合は、任意継続被保険者にはなれません。
4. 扶養家族がいる場合は、「健康保険 任意継続被保険者 被扶養者異動届」及び必要書類を添付してください。
5. 保険料は全額自己負担となります。任意継続の申請を健保組合の窓口で行う場合は、保険料1ヶ月分(資格喪失日の翌月の場合は2ヶ月分)の納付が必要となりますのでご持参ください。郵送で申請を行った場合の初回保険料は、後日健康保険組合から送付する納付書により、納付期限までに納付してください。
6. その他、証明書等の提出をお願いする場合があります。
7. 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください(被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です)。マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」の添付が必要です。なお、マイナンバーが記載された書類を提出する場合は、記録の残る郵便書留等での送付をお願いします。

※ 詳しくは当健康保険組合のホームページをご覧ください。

ホームページアドレス <http://www.aikenpo.or.jp>

TEL 052-222-6550

受付日付印