

任意継続被保険者資格取得申請書

[資格喪失日（退職日の翌日）から **20日以内** に手続きが必要です]

本人記入欄	退社時 記号・番号	記号 ●●	番号 ●●●●	申請日	●●●●年	●月	●日	
	フリガナ	ケンボ タロウ			生年月日 (☑を)	☑S ●●年 ●月 ●日生 (歳)	性別 ☑男・□女	
	申請者氏名 (自署)	健保 太郎						
	任意継続保険料の支払方法を3種類からお選びください				例) 6か月前納資格取得が7月の場合、「7~9月分」・「10~3月分」の単位での納付となります			
	送付先住所: (〒 都・道 府・県 市・区 町・村)				連絡先 自宅 () 携帯 ()			
	保険料希望納付方法 (いずれか1つに☑をつけてください)	☑①月払 毎月納付		□② 6ヶ月前納 4~9月分・10~3月分の単位での納付		□③ 12ヶ月前納 当該年度の3月分までの納付		
	資格喪失日	年 月 日 (退職日の翌日)						
	会社名等 事業所名称	[会社名: ●●●生命保険株式会社]						
	保険給付等が発生した場合に、当健保組合から送金するための金融機関口座	金融機関口座は申請者名義でお願いし (改姓等により申請者氏名が口座名義と相違している場合は、当健保組合へご連絡をお願いします)						
		銀行名 (銀行コード)	●●●●	銀行 信用金庫	支店名 (支店コード)	●●●●	支店 (支店コード)	●●●●
任意継続時における被扶養者の有無	□ 無 ☑ 有 → ※有の場合、P健-1「被扶養者届(認定申請用)」及び「 <u>任意継続被保険者届</u> 」に応じて確認書類の提出が必要です							
退職後について	□ 就職(転職)活動 □ 起業【 個人事業主 ・ 法人(会社化) 】 ☑ 病気療養等 □ 未定 □ その他()							
限度額適用認定証	※「限度額適用認定証」が任意継続後において、引き続き必要な方は、「健康保険限度額適用認定申請書」の提出が必要です							

【事業主確認欄】資格喪失年月日について、相違ないことを確認しました

事業主確認者サイン: _____ 確認日: _____ 年 月 日

【ご注意】 [任意継続被保険者の資格喪失事由]

次に該当する場合は、任意継続被保険者資格を失います。

- ① 失効(納付期日である毎月10日までに保険料が未納)
- ② 期間満了
- ③ 再就職
- ④ 後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
- ⑤ 被保険者が死亡したとき

【ご参考】 当組合において、任意継続被保険者制度とは別に**特例退職被保険者制度**があります。

【特例退職被保険者制度】

次の条件をすべて満たしている方は、特例退職被保険者制度に加入できる場合があります。詳しくは当健保組合にご連絡ください。

- ① 当健保組合の被保険者期間(外国運輸金融健保とPG健保の期間を含む場合あり)が20年以上または40歳以降10年以上ある方
- ② 老齢厚生年金を受給している方(退職後すぐに受給できる方)
- ③ 後期高齢者医療制度に該当しない方

健康保険組合使用欄					
任意継続時 記号・番号	80 -	常務理事	事務長	確認者	担当者

受付日付印