

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				生年月日 (☑を)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日生 (歳)	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
	申請者氏名 (自署)							
	申請者住所	書類送付先住所: (〒 _____) 都・道 市・区 府・県 町・村					資格確認書 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
	連絡先	自宅	()		携帯	()		
	資格喪失日	年 月 日 (退職日の翌日)			Eメール アドレス			
	会社名等 事業所名称	[会社名: _____] [会社住所: _____]						
	保険料希望 納付方法 (いずれか 1 つに☑を つけてください)	<input type="checkbox"/> ①月払 毎月納付	<input type="checkbox"/> ② 6ヶ月前納 4~9 月分・10~3 月分の 単位での納付			<input type="checkbox"/> ③ 12ヶ月前納 当該年度の 3 月分までの納付		
	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 でお願いします (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)	(銀行コード: _____)		銀行 信用金庫	支店名 (支店コード)	(支店コード: _____)	
	<input type="checkbox"/> 普通預金	口座番号 (右詰記入)			口座名義人	申請者名義		
任意継続時における 被扶養者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	※有の場合、P健-1「被扶養者届(認定申請用)」及び必要に応じて確認書類の提出が必要です						
退職後について	<input type="checkbox"/> 就職(転職)活動		<input type="checkbox"/> 起業【 個人事業主 ・ 法人(会社化) 】					
	<input type="checkbox"/> 病気療養等		<input type="checkbox"/> 未定		<input type="checkbox"/> 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
- ⑥ 任意継続被保険者でなくなることを申し出た場合、その申し出が受理された日の属する月の末日が到来したとき

【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