

# 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	部長	課長	係長	係員

◎記入する前に、留意事項を必ず確認してください。

氏名	生年月日	性別	年齢	被扶養者の有無
(フリガナ)	昭和 平成	男・女	歳	有・無 有る場合は下の「被扶養者届」を記入してください。
住所	電話番号		※本年度の保険料納付方法（○を付してください）	
〒	—	自宅 携帯	( ) ( )	(ア) 毎月納付 (イ) 年1回納付【3月分まで】 (ウ) 年2回納付【9月分まで及び10～3月分まで】

資格喪失の際に 使用されていた事業所	被保険者証の記号・番号		資格喪失日(退職日の翌日)	事業所名称	
	記号	番号	令和 年 月 日	事業所所在地	

被 扶 養 者 届	氏名	生年月日	性別	続柄	職業	1か月の平均収入	世帯の区別	
	(フリガナ)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女			万円	同世帯・別世帯
	(フリガナ)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女			万円	同世帯・別世帯
	(フリガナ)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女			万円	同世帯・別世帯
	(フリガナ)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女			万円	同世帯・別世帯

任意継続資格取得決定事項（健保組合記入欄）			
記号	1000	番号	
資格取得年月日	令和	年	月 日
資格喪失予定年月日	令和	年	月 日
標準報酬月額	千円	月額保険料	円

本人確認欄

別紙の内容を確認しましたので、上記のとおり申請します。

本人氏名： \_\_\_\_\_

受付日付印

退職すると翌日から健康保険の被保険者の資格を自動的に失いますが、退職の日まで継続して2か月以上被保険者であった人は、退職したあと2年間は引き続き任意継続被保険者として健康保険に加入し、退職前とほぼ変わらない保険給付および保健事業を受けることができます。

- 保険料は在職中に会社が負担していた分と個人が負担していた分を、全額自己負担することとなります。
- 保険料計算の基となる標準報酬月額、退職時の標準報酬月額あるいは当組合の平均標準報酬月額のいずれか低い方となります。

## 【留意事項】

1. この申請書は資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に当組合に到着するよう申請してください。提出期間を経過して到着した場合は無効です。
2. この申請書には申請者の世帯全員の住民票（住民票謄本）を添付してください。
3. ※欄の保険料納付方法は、申請書を提出した翌月以降の納付方法です。必ず選択してください。選択がない場合は毎月納付となります。（申請書を提出した当月の保険料は単月納付扱いとなります。）
4. 初回月の保険料の納付期限は、送付する保険料納付書に記載されます。納付期限までに納付がないときには、健康保険法第37条に基づき任意継続被保険者にならなかったものとみなし、被保険者資格を取消します。
5. 保険料はいずれの納付方法の場合も金融機関からの振込みとなります。
6. 任意継続被保険者資格の取得手続きは事業主から提出される資格喪失手続きの完了後となります。
7. 任意継続被保険者として加入できる期間は2年間です。
8. 任意継続被保険者資格は、次のいずれかに該当したときは資格を喪失します。
  - （ア）任意継続被保険者となって2年を経過したとき。
  - （イ）保険料を納付期限までに納付しなかったとき。
  - （ウ）就職して、新たに健康保険、共済組合、船員保険などの資格を取得したとき。
  - （エ）被保険者が75歳になったとき。
  - （オ）被保険者が死亡したとき。
  - （カ）任意継続被保険者でなくなることを希望したとき。（資格喪失日は、任意継続被保険者資格喪失申出書を当健保組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。）
9. 健康保険組合の窓口受付は行いません。**書類はすべて郵送するようお願いします。**

郵送先・問合せ先

〒103-0027

東京都中央区日本橋2-1-14 加藤ビルディング7階

通信機器産業健康保険組合 適用課

TEL 03-3242-5451