

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請者記入欄	① 退職時の被保険者証	記号	番号	② 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成	
	③ 氏名							④ 性別		
	⑤ 住所	〒 - -								
	⑥ 連絡先	【自宅】			【携帯電話】					
	⑦ 最後に勤務していた事業所名									
	⑧ 被扶養者の有無	有 ・ 無			◎有の場合は別途被扶養者届の提出が必要です。					
⑨ 希望納付方法	<input type="checkbox"/> 毎月払い		<input type="checkbox"/> 半期前納払い			<input type="checkbox"/> 1年前納払い				

申請にあたっての注意事項を理解のうえ、上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

【申請にあたっての注意事項】

- ① 健康保険被保険者の資格を喪失した日（退職日の翌日）から20日以内に提出してください（当健康保険組合へ申請書が到着した日が資格喪失日から20日以内であること）。
- ② 任意継続被保険者の健康保険料は、退職時点の標準報酬月額により決定されます。事業所勤務時の健康保険料は事業主が標準報酬月額の5.1%、本人が4.7%負担していましたが、任意継続被保険者は全額自己負担（9.8%）となります。
なお、国民健康保険料が当健康保険組合の保険料より安い場合がありますので、お住いの市区町村役場でご確認ください。
- ③ 健康保険料は、納付期限（毎月10日）までに指定口座へ振り込んでいただきます。なお、前納制度で一定期間分をまとめて振り込むことも可能です。⑨希望納付方法欄の口をチェックをしてください。詳細は、申請書受理後にお知らせします。
- ④ 初回の健康保険料は、別途お知らせしますのでその期日までに納付をお願いします。なお、初回の保険料を納付されなかった場合は、任意継続被保険者とならなかったものとします。
- ⑤ 任意継続保険加入期間は最長2年間ですが、再就職（他の被用者保険加入）・後期高齢者医療への移行・本人より申出が受理された時・保険料未納の場合は資格喪失となります。

健保組合記入欄	常務理事	総務課長	課長補佐	担当者					
	資格喪失年月日		令和 年 月 日			最終標準報酬月額		千円	
	転入記号番号		99			備考			