

常務理事	事務長	事務次長	課長	係長	係

任意継続被保険者 資格取得申請書

健康保険被保険者証の記号および番号		左詰		-		左詰						
資格喪失の際使用されていた事業所		名称										
		所在地										
資格喪失年月日(退職日の翌日)		平成		年		月		日				
申請者	氏名	(フリガナ)			⑨	性別	生 年 月 日					
						男・女	昭和・平成		年		月	
	住所	〒					(フリガナ)					
		都 道 府 県										
	電話番号	()										
携帯番号	()											
被扶養者の有無		有・無		※ 有の場合は、下記をご記入ください								

(受付日付印)

※ 申請者の本人住所が確認できる身分証明書(運転免許証・パスポート)の写し、または住民票(原本)のいずれかを必ず添付してください

被扶養者(異動)届

※被扶養者のいる方のみご記入ください

被扶養者欄	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		性別	続柄	職業	年間収入	同世帯別世帯				
	(フリガナ)	昭和・平成		年		月		日	男・女			
(フリガナ)	昭和・平成		年		月		日	男・女				同世帯別世帯
(フリガナ)	昭和・平成		年		月		日	男・女				同世帯別世帯
(フリガナ)	昭和・平成		年		月		日	男・女				同世帯別世帯
(フリガナ)	昭和・平成		年		月		日	男・女				同世帯別世帯
別居の場合の住所		〒 -										

給付金等の振込先指定届

記号番号	9000 -
------	--------

※記号番号の記入は不要です

氏名	
住所	〒 -

金融機関名	銀行				店番				
	信用金庫	本店							
	信用組合	支店							
普通								フリガナ (名義)	※フリガナのみで結構です

～ 注 意 ～

- この口座は、給付金等が発生した際に、当組合よりご本人様宛に振り込む為のものであり、保険料引落口座ではありません。
- この口座は、被保険者本人(請求者)名義のものをご記入下さい。

任意継続被保険者資格取得申請について

任意継続被保険者の資格取得申請については、下記の要領に基づき申請くださいますようお願い致します。また、今後の任意継続加入期間におかれましては、保険料の納付、その他各種手続き等、ご本人様の責任において、当組合との間で行われます。

『任意』で加入する制度の性質上、法律的にも厳しい制約がありますが、ご理解のうえ申請くださいますようお願い申し上げます。

1. 資格 被保険者期間が継続して2ヶ月以上あること。
2. 提出期限 退職日の翌日より20日以内に窓口にて申請をすること。
※ 郵送での申請は、原則受付しておりません
3. 提出書類
 - 任意継続被保険者資格取得申請書
 - 給付金等の振込先指定届
 - 申請者の本人確認ができる身分証明書（運転免許証・パスポートなど）、または住民票などの公的な証明書
 - 初回の保険料（※下記を参照）
4. 保険料
 - (1) 初回の保険料について
初回の保険料については、資格取得申請時に納付して下さい。
※喪失月と同月に申請される場合は1ヶ月分、喪失月の翌月に申請される場合は2ヶ月分をご持参いただきます。

例1 4月20日退職(4月21日喪失)の方が、4月22日に申請をした場合は**1ヶ月分(4月分)の保険料**を申請時に納付していただきます。

例2 4月20日退職(4月21日喪失)の方が、5月6日に申請をした場合は**2ヶ月分(4月+5月分)の保険料**を申請時に納付していただきます。

 - (2) 2回目以降の保険料について
毎月、月末頃に納付書をご自宅宛にお送りしますので、当月の10日までに銀行窓口にて納付してください。
※10日までに、お振込みがない場合は資格を喪失しますので納付忘れにはくれぐれもご注意下さい。
5. 保険料額 任意継続の保険料額は、退職時の標準報酬月額によって決定されます。勤務されていた時は、事業主と被保険者で折半されていましたが、今後については全額が自己負担となります。
加入期間中につきましては、保険料率の変更等がない限り、当初の保険料額が2年間継続されます。

○ その他、ご不明な点等ございましたら、当組合（☎03-3576-3511）適用課までお問い合わせ下さい。