

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いたします。

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、退職日まで継続して2ヶ月以上あること。
 2. 申請期限 退職日の翌日(資格喪失日)より20日以内必着。
 3. 提出書類
 - 任意継続被保険者資格取得申請書
 - 資格喪失日が確認できるもの(下記から1点)
 - ・ 離職票写し
 - ・ 退職証明書
 - 申請者本人の氏名と住所が確認できるもの(下記から1点)
 - ・ 運転免許証(両面)写し
 - ・ マイナンバーカード(氏名、住所面)写し
 - ・ 公共料金請求書写し
 - ・ 住民票
 - 給付金等の振込先指定届
 4. 手続き
 - (1) 提出書類の送付
所定の提出書類(上記3 参照)を当健康保険組合に**必ず郵送にて**申請ください。(記載漏れ・添付書類の不足など不備がある場合は、申請書等を返却させていただきます。)
 - (2) 保険料の振込
資格取得申請書受付後、初回の保険料納付書と保険証をご自宅へお送りします。
納付書に記載されている納付期限までに、銀行その他の金融機関よりお振込みください。
保険料のお振込みが期限までになかった場合は、資格取消となり、保険証は返却いただきます。
(2回目以降の保険料のお振込みについては、毎月25日頃に納付書をご自宅へお送りします。納付期限までにお振り込みください。)
- ※自動引き落としはしておりません。**

5. 保険料額 任意継続保険料額は、①・②どちらか低い方の額に当組合の保険料率を掛けて算出します。
 - ①退職時の標準報酬月額
 - ②任意継続被保険者の標準報酬月額上限額保険料額は収入による見直しはありません。ただし、保険料率の改定等により変更になる場合があります。

○申請書の送付、お問い合わせは下記まで
〒170-0004 東京都豊島区北大塚1-21-15
東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合
適用課 (電話03-3576-3511音声案内①)

課長	係長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

別紙『任意継続被保険者取得申請について』の内容を確認、了承し、下記のとおり申請いたします。

※申請にあたり、未記入、添付書類がない等の場合は受理できません。

勤務していた時の被保険者証の 記号および番号		左詰						—	左詰													
勤務していた事業所		名称																				
資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和						年						月					日			
申請者	氏名	(フリガナ)						性別	生 年 月 日													
								男・女	昭和・平成													
	住所	〒	都 道 府 県																			
	電話番号	()					携帯番号	()														

被扶養者（異動）届

※退職時被扶養者であり、引き続き被保険者に扶養されて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	世帯別							
	(フリガナ)	昭和 平成 令和							年					日	男・女					同 別
(フリガナ)	昭和 平成 令和							年					日	男・女					同 別	居 居
(フリガナ)	昭和 平成 令和							年					日	男・女					同 別	居 居
(フリガナ)	昭和 平成 令和							年					日	男・女					同 別	居 居
別居の場合の住所		〒	-																	

◆ 念 書 ◆

初回保険料は納付期限までに納付し、納付できなかった場合は資格取消を了承し、保険証はただちに返却いたします。

また、今後、保険料納付について、指定された納入期日までに納付しなかった場合は、健康保険法第38条により、その翌日をもって資格喪失となっても異議はありません。

資格喪失後の受診に係わる医療費については、一切貴組合にはご迷惑をおかけいたしません。

令和 年 月 日 被保険者氏名 印

※捺印は被保険者の自署に限り省略可能。

受付日付印

給付金等の振込先指定届

※記号番号の記入は不要です。

記号番号	9000 -
------	--------

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。