

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

令和6年12月改訂

提出期限:退職日の翌日から20日(暦日)以内 健康保険組合必着

任意継続制度は、法的に厳格な運用が定められており、会社も介在しなくなるため、**加入者ご自身が制度を理解し、自ら適切な対応をしていただくことが必要となります**。主な留意点に同意していただいた上で申請してください。

| 健康保険組合使用欄 | | |
|-----------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

任意継続の申請に伴う同意書

スズケン健康保険組合 理事長殿

私は下記全項目について確認、同意し、任意継続を申請します

被保険者氏名 **健保 太郎** (印)

※被保険者および被扶養者の住民票住所がわかるもの(マイナンバーカード写しまたは住民票)を添付してください。

確認・同意した項目の口印にチェックを入れます

- 他制度との比較**
別紙「退職後の健康保険」等により、「国民健康保険」、「家族の扶養に入る」等の選択肢があることを理解の上、加入要件、保険料、制度内容を確認、比較検討したうえで「任意継続」を選択して下さい。
- マイナ保険証**
国の施策としてマイナ保険証の取得をお願いします。
マイナ保険証は健保が加入手続きした3営業日目から使用できます。
- 保険料の納付手段**
銀行振込(電信扱い 振込手数料本人負担)のみ。 振込先健保口座は三菱UFJ銀行/大津町支店。
納付書による金融機関窓口からの振込が原則ですが、**ATM・ネットバンキングも可能です。**
- 保険料の納付方法と期限**
毎月払いは毎月1～10日の間(10日が休日の場合翌営業日)、半年または1年分の前納、及び初回納付は、都度当組合が案内した期限。**期限以降の納付は法により受け入れできません。**
- 保険料を期限までに納付しなかったとき**
法により納付期限翌日から被保険者資格を喪失します。直ちに保険証・資格確認書・認定証(発行されている方のみ)を返却して下さい。法及び厚生労働省の指導により**猶予を行うことはできません。**
- 任意継続をやめるとき、または、やめたいとき**
就職した(新しい職場の健康保険等へ加入した)とき、やめることを申し出たい(国保へ加入したい、**家族の扶養**に入りたい等)ときは、**直ちに当組合へ電話にて連絡して下さい。**
- 健康診断の申込・保健指導**
健康診断の受診・補助は、**当組合のホームページを確認・了解の上、所定期限内に書類を提出**して下さい。また、**扶養家族を含め、健保組合が実施する保健指導等には積極的に取り組んで下さい。**

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 在職時の被保険者等 | 記号 100 番号 98765 | フリガナ ケンボ タロウ | 被保険者氏名 健保 太郎 (印) |
| 生年月日 | 昭和 42 年 1 月 1 日 | 資格喪失日 (退職日の翌日) 令和 6 年 1 月 1 日 | 被扶養者 (どちらかを○で囲む) あり 被扶養者異動届を同時に提出 なし |
| 住民票住所 (都道府県から記入) | 〒 123-4567 愛知県名古屋市中区〇〇町1-2 〇〇マンション101 <small>※住民票やマイナンバーカードの表記通りに正確に記入してください。 (例)「四丁目7番地」を「4丁目7番地」や「4-7」としない、「●●大字△△」を「●●△△」としない。</small> | | |
| 居所住所 (都道府県から記入) | 住民票住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> | 別の場合 〒 | マイナ保険証 <input checked="" type="checkbox"/> 取得済・取得する <input type="checkbox"/> 取得しない |
| 電話番号 | 自宅 : 052-000-0000 携帯 : 090-0000-0000 | | |
| 保険料納付方法 | ア 毎月払い イ 半年分前納(～9月～3月) ウ 1年分前納(～3月) ※保険料支払方法は振込のみとなります | | |
| 健保からの給付金受取口座 (被保険者名義に限る) | 〇〇 銀行 〇〇 本店支店 普通 口座番号 (7ケタ) 1 2 3 4 5 6 7 <small>※高額療養費などの給付金支払対象となった場合、この口座へ健保から振込させていただきます。</small> | | |

受付印

| 健康保険組合使用欄 | | |
|-----------|-------|--------|
| 記号・番号 | 喪失時月額 | 初回納付期限 |
| 200- | 千円 | / () |