

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内をすべてご記入ください			※健保記入欄 200-			
資格喪失時の被保険者証	記号	番号	フリガナ 氏名			
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和 年 月 日 <small>(退職日翌日=任継資格取得日)</small>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
資格喪失時の所属部署名	<input type="checkbox"/> コーセーG 部署名 <input type="checkbox"/> アルビオンG <input type="checkbox"/> その他					
給付金の振込先 <small>※付加給付などを健保から振込むための口座です</small>	銀行名		支店名			
	銀行		支店			
	口座番号(普通口座以外は不可)		口座名義(カタカナ) (本人名義に限る)			
	普通口座					
保険料の納付方法 <small>※次頁を参照の上、1つ選択して下さい。</small>	<input type="checkbox"/> A. 単月 (自分で振込)	<input type="checkbox"/> B. 単月 (郵便局自動振込)	<input type="checkbox"/> C. 半期前納 <input type="checkbox"/> D. 全期前納			
緊急連絡先 <small>(被保険者と必ず連絡がとれる方)</small>	氏名	本人との続柄	電話番号(自宅固定電話は不可)			
			— —			
被扶養者	氏名	性別	続柄	生年月日	住所	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 昭/ <input type="checkbox"/> 平/ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 昭/ <input type="checkbox"/> 平/ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 昭/ <input type="checkbox"/> 平/ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 昭/ <input type="checkbox"/> 平/ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 昭/ <input type="checkbox"/> 平/ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
上記の通り申請します						
令和 年 月 日						
コーセー健康保険組合 理事長殿						
住所 〒 —						
申請者の 氏 名						
電話番号 — —						
携帯番号 — —						
メールアドレス						

※本申請書は、健康保険法により、資格喪失日から20日以内に提出してください。(健保必着)

※必ず念書(次頁)に署名の上、本申請書に添付してください。

R4.1.1改訂	健保使用欄						
	健保受付印・受付番号						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">常務理事</td> <td style="width: 33%;">事務長</td> <td style="width: 33%;">担当者</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常務理事	事務長	担当者				
常務理事	事務長	担当者					

【任意継続保険制度の目的】

(本人控え)

任意継続保険とは、退職者が次に就職をしてそこでの被保険者となるまでの暫定的な処置として設けられている任意の保険制度です。

任意継続被保険者の資格喪失は健康保険法によって以下の通り決められています。

- ① 資格期間が満了したとき (退職日の翌日から2年間)
- ② 被保険者が死亡したとき
- ③ 保険料を納付期日までに納付しなかったとき
- ④ 就職をして他の健康保険の被保険者となったとき
- ⑤ 任意継続被保険者から申出があったとき

※ 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を健康保険組合に申し出た場合には、その申出が受理された日の翌月1日に、任意継続被保険者の資格が喪失となります。

【保険料の納付方法について】

保険料の納付方法は次の4通りがあります。

納付方法	納付期限	注意事項
A 単月 (自分で振込)	その月の分を 毎月10日までに振込	・振込手数料は本人負担です。 ・健保より通知は行きません。(振込忘れに注意!) ・10日までに入金を確認できない場合は、自動的に資格喪失となります。
B 単月 (郵便局の自動払込)	毎月5日に ゆうちょ銀行の口座から自動払込	・払込手数料は無料(健保負担)です。 ・残高不足等で払込不能の場合は、健保より連絡しますので、10日までに銀行振込してください。(その場合の手数料は本人負担です)
C 半期 前納	前期(4~9月)分を3月31日までに、後期(10~翌年3月)分を9月30日までに振込	・保険料に若干の割引があります。 ・健保より納付額と納付期限を通知します。 ・振込手数料は本人負担です。
D 全期 前納	4月~翌年3月分を3月31日までに振込	・途中で資格を喪失した場合は資格喪失月以降の保険料を返金します。

※B(郵便局の自動払込)をご希望の方には「自動払込利用申込書」を送りますので、指定期日までに郵便局の窓口で手続きをしてください。

※初回保険料は、健保が指定する期日までに納付下さい。

※納付期限までに入金を確認できない場合は、任意継続の資格を取消します。

資格喪失後は、ただちに保険証を返却していただきます。喪失後、任意継続の保険証を使用して受診した場合は、医療費の全額を返納していただきます。

--- ✂ きりとり ---

(健保へ提出)

念 書

私は、この度 任意継続被保険者資格を取得するにあたり、その制度の目的をよく理解したうえで、以下の事項を遵守することを誓約します。

1. 保険料は納付期限を厳守します。
保険料納付遅延により資格喪失の処理をされても、一切異議を申し立てません。
2. 資格を喪失した時は、ただちに保険証を返却します。
3. 氏名・住所変更が生じた時は、5日以内に届出をします。

コーセー健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

氏名