

記入例

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

※健保記入欄 200-

太枠内をすべてご記入ください

資格喪失時の被保険者証	記号 ○○	番号 ○○○○	フリガナ ケンボ タロウ	氏名 健保 太郎
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日 (退職日翌日=任意継続資格取得日)	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○○年 ○○月 ○○日	<input type="checkbox"/> 平成
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	銀行名 ○○○○ 銀行	支店名 ○○○○ 支店	※付加給付などを健保から振込むための口座です 口座番号(普通口座以外は不可) 普通口座 ○○○○○○ 口座名義(カタカナ)(本人名義に限る) ケンボ タロウ	
保険料の納付方法	<input type="checkbox"/> A. 毎月納付 <input type="checkbox"/> B. 半期前納 <input checked="" type="checkbox"/> C. 全期前納 ※次頁を参照の上、1つ選択して下さい。 ※次頁を参照の上、一つ選択して下さい。			
緊急連絡先 (被保険者と必ず連絡がとれる方)	氏名 健保 次郎	本人との続柄 弟	電話番号(自宅固定電話は不可) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
被扶養者	氏名 健保 花子	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	生年月日 昭和/□平/□令 ○○年 ○月 ○日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		昭和/□平/□令 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		昭和/□平/□令 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		昭和/□平/□令 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		昭和/□平/□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 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇町△-△-△

申請者の氏名 健保 太郎

電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

携帯番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

メールアドレス 〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇.〇〇.〇〇

退職日翌日を記入

健保から給付金を振込む口座です。
※普通口座を記入

本人(および同居家族)に連絡がとれない場合の連絡先です。必ず本人と連絡が取れる方(親・子・兄弟など)を記入。

※自宅の固定電話や本人の携帯は不可

本人名義をカタカナで記入

右の納付方法の中から1つを選択

点線で切り離し、上部:本人保管 念書:健保へ提出

忘れずに!

【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3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日までに入金の確認できない場合は、自動的に資格喪失となります。
B 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。
C 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 健保 太郎

※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。

健保使用欄

R4.1.1改訂

常務理事	専務長	担当者

健保受付印・受付番号