

常務理事	事務長	課長	担当者

受付日付印

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※申請は資格喪失日から20日以内に必着です。  
20日を過ぎての申出は受理できません。

①健康保険被保険者証 の記号・番号	記号	番号
②被保険者氏名	(フリガナ)	③生年月日
	(氏)	(名) 昭和 平成 年 月 日
④保険証記載の資格取得年月日	⑤資格喪失年月日(離職日の翌日)	⑥資格喪失時の標準報酬月額
昭和 平成 年 月 日	平成 年 月 日	千円
⑦資格喪失時使用 されていた事業所	名称	
	所在地	

※在職中から引き続き扶養者を申請される方は下記にご記入ください。  
ご記入がない場合は、任意継続から被扶養者資格がなくなります。

⑧被扶養者	氏名	性別	生年月日	続柄	世帯	収入	職業 平均月収
	(フリガナ)	男	昭和			同居	有
	女	平成	年 月 日		別居	無	円
(フリガナ)	男	昭和			同居	有	
	女	平成	年 月 日		別居	無	円
(フリガナ)	男	昭和			同居	有	
	女	平成	年 月 日		別居	無	円

平成 年 月 日上記および“健康保険任意継続加入”の内容を承認のうえ申請します。

住所	〒 _____		
氏名	印	電話番号	(自宅) (携帯)

※ご記入漏れや不備の無いよう、又、下記の事項をご確認のうえご提出ください。

- ・ 離職事由によっては、国民健康保険料の軽減措置により当組合の任意継続保険料より低い場合があります。事前に国民健康保険(窓口 お住まいの市役所・区役所)へ確認することをお勧めします。
- ・ 保険料が納入期日までに納付がなければ資格は失効します。

## 健康保険任意継続加入について

任意継続の制度は、下記のようになっています。  
十分ご検討のうえ、加入手続きをしてください。

- ◆ 資格喪失日(退職の翌日)前、継続した被保険者期間が2ヵ月以上必要です。
- ◆ 申請書は資格喪失日から必ず20日以内に、当組合へ提出してください。  
(郵送の場合も20日以内必着です。申請期間を過ぎると健保法第37条に基づき受理できません。)
- ◆ 加入期間は**最長2年間**です。
- ◆ 下記1～5に該当した場合は資格喪失となります。
  1. 保険料を納付期日までに納付しなかったとき
  2. 再就職したとき
  3. 本人が死亡したとき
  4. 後期高齢者医療の被保険者となったとき
  5. 任意継続に加入してから2年間満了したとき

※ 保険料を納めた方で上記2・3以外の理由では途中でやめることや保険料の返還はできません。
- ◆ 保険料を納付した後、就職により他の健康保険の資格取得をすると、納付済み保険料はご返金となる場合がありますが、任意継続を取得した月については1ヶ月分の保険料がかかり、ご返金できません。
- ◆ 国民健康保険やご家族の扶養に入られる場合は、保険料の未納をもって資格喪失することが可能です。  
ご希望の方は必ず事前にご連絡ください。
- ◆ 保険料は必ず納付期日までに納めてください。

注) 納付期日が、金融機関の休日となる場合は、その翌営業日までに納めてください。

  - \* 納付期日を過ぎますと健保法第38条に基づき 資格喪失となります。
  - \* 納付期日の翌日以降に納めても資格は継続しませんので、十分注意してください。
  - \* 保険料は加入の月より納付が必要です。  
初回は手続きの時期により2ヵ月分をまとめて納入となる場合もあります。第2回目以降の保険料については、毎月10日が納付期日ですが、一定期間 一括して前納することも可能です。
  - \* 初回保険料を納付期日までに納付しなかった場合、任意継続のお申込みは取消となります。
  - \* 保険料の金額は退職時の標準報酬月額によって決まり、全額被保険者負担です。(在職中は事業主と被保険者が半分ずつ負担)但し、最高限度額(本年度は36万円)が決められています。
- ◆ 在職中から引き続き被扶養者がいた方は申請書の⑧被扶養者欄にご記入ください。
- ◆ 新規で扶養者を追加する場合は別途「被扶養者(異動)届」等が必要ですのでご連絡ください。
- ◆ 在職中に健康保険特定疾病療養受療証・健康保険限度額適用認定証等をお持ちの方は、再度申請頂く必要がありますので、必ずご連絡ください。
- ◆ 氏名・住所・電話番号等、申請の内容に変更がある場合はかならず「任意継続者用登録変更届」をお早めにご提出ください。
- ◆ 資格喪失された保険証はご使用いただけません。すみやかに当組合までご返却ください。
- ◆ 申請書にご記入漏れや不備がある場合はご返却させていただきます。手続き保留となり、保険証の発行もできませんので、不備等の無いよう必ずご確認のうえご提出ください。

住商連合健康保険組合

〒541-0041

大阪市中央区北浜4丁目7番28号

TEL:06-6222-6166 FAX:06-6222-3041