

健康保險 任意繼續被保險者 資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者
------	-----	-----

～退職日の翌日から20日以内（健康保険法第37条）に、下記の太枠内にご記入の上、必要書類と併せて提出して下さい～

健康保険被保険者等 記号及び番号	—	
資格喪失の年月日 (※退職日の翌日)	令和 年 月 日	
資格喪失の際 勤務していた事業所	名 称	
	所在地	
備 考 (※)		

※ 健康保険法第37条の規定による期限（資格喪失の日から20日以内）を経過した後に申請書を提出する場合には遅延した事由を備考欄に記入すること。

申請者	(フリガナ)				
	氏 名				
	住所	住民票 住所	〒 -		
		居所 (※)	〒 -		資格確認書 発行要否 ☐ 発行が必要
	※居所と住民票住所が異なる場合、ご記載下さい				
	生年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		年齢 (資格喪失日現在)	歳
	TEL :	()	緊急 連絡先 :	()	
確認欄	☐ この届は、申請者本人が作成したものである。（ ☐ に ☒ をお願いします。）				
備 考	被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）				

健保処理欄
任意継続被保険者 等記号及び番号
100－
資格喪失時標準 報酬月額（決定）
千円

納付方法	1. 月納(銀行振込) 2. 月納(自動引落)…別途「預金口座振替依頼書」添付 3. 月納(現金送金又は持参) 4. 半年前納「加入月～9月分、10月～3月分」(※希望する納付方法に○をつけて下さい) 5. 1年前納「加入月～3月分」																												
	高額療養費等の給付金を支給することになった場合の受け取り口座を事前にご指定頂きます。下記の必要事項欄にご記入下さい。																												
	金融機関名	(フリガナ)																											
		銀 行 労働金庫 信用金庫 信用組合 農 協 本店 支店 出張所																											
	種別	普通	当座	口座番号																									
	口座名義	(フリガナ)																											
被扶養者情報											被扶養者氏名	続柄	生年月日	性別	同居有無	資格確認書発行要否													
	①										(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日		同居・別居	☐ 発行が必要													
											(フリガナ)																		
	②										(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日		同居・別居	☐ 発行が必要													
											(フリガナ)																		
③										(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日		同居・別居	☐ 発行が必要														
										(フリガナ)																			
④										(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日		同居・別居	☐ 発行が必要														
										(フリガナ)																			
情報照会	在職時より引き続き扶養となる方の住民票住所、収入状況（所得証明書）はマイナンバーを利用した情報照会により省略が可能です。※情報照会の結果、情報を取得できない場合、書類の提出を求めることがあります。																												
	希望する	☐	マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合は ☒ を入れ、下記の郵便番号をご記入下さい。 [提出月が1-7月]前年1月1日時点、[提出月が8-12月]本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号																										
	被扶養者郵便番号	①									②						③							④					

申請書記入前にご確認ください

—詳しい内容は、当健康保険組合のホームページ (<https://www.kenpo.gr.jp/unitika/index.html>) をご覧ください—

- 資格喪失日(退職日の翌日)の前日まで継続して2か月以上の被保険者期間があること。
○ 資格喪失日(退職日の翌日)より20日以内に申請すること。
※75歳以上の方は後期高齢者医療制度に加入するため、任意継続被保険者とはなりません。
- 扶養に入れられる方の年収が130万円(60歳以上の人または障害者は180万円)未満で、主として被保険者によって生計を維持されていることが必要です。

■留意事項

任意継続被保険者として加入できる期間は2年間です。

- ① 申請書が提出期間20日を経過して提出されたときは、保険者が「正当な理由」であると認めた場合以外は受理されません。
- ② 初回保険料納付期限は初回保険料納付書に記載されています。
- ③ 任意継続被保険者は次の場合において資格を喪失します。
 - ③-1 被保険者となってから2年を経過したときは、その日の翌日
 - ③-2 被保険者が死亡したときは、その日の翌日
 - ③-3 保険料を納付期限までに納付しないときは、その日の翌日
 - ③-4 再就職などにより他の被保険者となったときはその日(※資格喪失申出書を当健保組合までご提出いただきます)
 - ③-5 被保険者が資格喪失を希望したときは、その申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日

(※資格喪失申出書を当健康保険組合までご提出いただきます。1度提出したものを取り消すことはできません。)

※国民健康保険に加入する場合、家族の扶養にはいる場合は、任意継続の資格を喪失してからになります。

※資格喪失された場合で、資格確認書をお持ちの方は原則回収が必要になりますが、有効期限満了を迎える方は回収不要です。

保険料の納付方法については、毎月納付期限(基本毎月10日、休祝日の場合翌営業日)までに納める方法と一定期間まとめて納付する前納制度があります。

- ④ 保険料は全額自己負担することになります。(40～64歳の方、もしくは被扶養者に40～64歳の方がいる場合、介護保険料含む)
- ⑤ 保険料額は、退職時の標準報酬月額に保険料率を掛けて決定します。

■資格取得申請書記入方法

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

～退職日の翌日から20日以内(離職後第37条)に、下記の本枠内に記入の上、必要書類と併せて提出して下さい～

健康保険被保険者等
記号及び番号

資格喪失の年月日
(※退職日の翌日)

退職喪失の際
勤務していた事業所

氏名

住所

生年月日

性別

婚姻状況

扶養者氏名

続柄

生年月日

性別

婚姻状況

健康保険被保険者等
記号及び番号

資格喪失の年月日

退職喪失の際
勤務していた事業所

氏名

住所

生年月日

性別

婚姻状況

扶養者氏名

続柄

生年月日

性別

婚姻状況

健康保険被保険者等
記号及び番号

資格喪失の年月日

退職喪失の際
勤務していた事業所

氏名

住所

生年月日

性別

婚姻状況

扶養者氏名

続柄

生年月日

性別

婚姻状況

A 退職時に在籍していた際の情報を記入ください。

- ・健康保険被保険者等の記号及び番号
- ・資格喪失年月日(退職日の翌日)
- ・資格喪失の際勤務していた事業所
- ・任意継続保険料納付法を選択してください。

B-1

・月納(自動引落)を選択された場合は、別紙「預金口座振替依頼書」も提出ください。

B-2

- ・高額療養費等給付金受取口座をご記入ください。

C 申請者の氏名・住所・生年月日、性別、連絡先等ご記入ください。

住所は住民票住所をご記入ください。(現在居住している住所が住民票に記載されている住所と異なる場合は、下段に居住している住所もご記載ください。)

確認欄の「□」に「☒」を入れて、申請してください。

被扶養者がいる場合は、氏名、続柄、生年月日、性別、同居の有無をご記入ください。

D 被扶養者がいる方で、扶養認定に必要な提出書類を一部マイナンバーによる情報照会で行う場合、被扶養者郵便番号欄に郵便番号をご記入の上、「希望する」の欄に☒をお願いします。

(申請月が1～7月の方は前年1月1日時点の住民票住所、提出月が8～12月の方は本年1月1日の住民票住所の郵便番号)希望されない場合は、書類での提出をお願いします。

情報照会の結果、情報を取得できない場合、書類の提出を求めています。

情報照会で省略可能な書類以外は提出ください。

E 資格確認書発行要否：資格確認書の発行が必要な場合(※)は「☐発行が必要」に☒を入れてください。

チェックを入られた方は別紙「健康保険資格確認書(再)交付申請書【任意継続被保険者用】」の提出もお願いします。※以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者