

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

| | | | | |
|------|-----|----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | | 担当者 |
| | | | | |

<ご注意>
 ◎◎◎◎◎
 扶養家族の納付には、前納制度があります。
 申請者の扶養家族のある場合は、「健康保険被扶養者異動届(加入)」を添付すること。
 この申請書は資格喪失の日から二十日以内の申請可能(健康保険法第三七条規定)。
 太枠内を記入のうえ、誓約者の署名・捺印及び日付けの記入を添付すること。
 申請者(扶養家族のある場合は、健康保険被扶養者異動届(加入))を添付すること。

| | | | | | | | | | |
|--|------------------|---------------------|------------------------------|-----|---------------------------------|---|--------|---------|-----|
| 資格喪失時 | 被保険者証 記号 | 番号 | 勤務していた事業所名称 | | | | | | |
| | フリガナ | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | 被扶養者の有無 | 有・無 |
| | 氏名 | | | | | (才) | | | |
| | 自宅住所 | 〒 - ※アパート・マンション名も記入 | | | | 電話番号 | 自宅 () | 携帯 () | |
| | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 令和 年 月 日 | ※必ずどちらかに○をして下さい(資格確認書の発行の有無) | | 必要 : 不要 | ※マイナンバーカードに保険証の利用登録をしていましたらマイナンバーカードでの受診をお願いします | | 備考 | |
| 上記のとおり申請すると共に、任意継続加入のうえは以下について誓約します。 | | | | | ※誓約の署名・捺印をされない方は、任意継続の申請はできません。 | | | | |
| 1. 保険料を健康保険組合により定められた納付期限までに必ず納付し、納付期限内に納付しなかった場合は、資格喪失(初回は取得取消し)することを了承します。 2. 下記の場合は遅延なく健康保険組合へ連絡し、資格喪失の手続きをします。 (a)被保険者資格有効期間を経過した時 (b)他の健康保険被保険者、又は船員保険被保険者となった時 (c)死亡した時 3. 被保険者の資格を喪失したときは、速やかに被保険者証を返納します。また、喪失後に被保険者証を使用した場合は、その給付額全額を健康保険組合からの請求により返金することに、異議を申し立てません。 | | | | | | | | | |
| 大塚商会健康保険組合理事長 殿 | | | | | 令和 年 月 日 | | | | |
| | | | | | 被保険者氏名 (誓約者) _____ | | | | |

| 資格取得決定事項 | | | ※健康保険組合使用欄 | | | |
|----------|-----------------|----------|------------|-------------|-------|-------|
| 任意継続 | 記号・番号 | 100・ | 資格喪失状況の | 資格取得年月日 | | |
| | 資格取得年月日 | 令和 年 月 日 | | 資格取得年月日 | 昭・平・令 | 年 月 日 |
| | 資格喪失予定年月日 | 令和 年 月 日 | | 資格喪失年月日 | 令和 | 年 月 日 |
| | 任意継続取得時決定標準報酬月額 | 千円 | | 資格喪失時標準報酬月額 | | 千円 |

- 受付日付印 -

※「資格確認書(受診の際医療機関に提示する証明書です)」が必要な方はマイナンバーカードを持っていない。又はマイナンバーカードに保険証の利用登録をしていない方になります。