注意 !! 下記 ● 任意継続被保険者になるための条件 ② ③ の期日を守れなかったときは、健康保険法により任意継続の取得はできません。

● 任意継続被保険者になるための条件
① 退職日まで継続して2ヶ月以上被保険者であること。
② 資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に申請をすること。
③ 申請後、健康保険組合の指定の期日までに保険料を納入すること。
※ ②③共に1日でも遅れた場合は申請できません。（健康保険法第三七条規定）

● 加入できる期間 2年間
● 保 険 料 健康保険料・介護保険料共に退職前の倍額。ただし上限あり。
※申請前に国民健康保険との金額の比較をお勧めします。
問合せ先
・任意継続 ⇒大塚商会健康保険組合
・国民健康保険 ⇒各市区町村（国民健康保険課等）

※太枠内全てペンで記入（鉛筆等不可）
※記入漏れの場合は受付できません

退職時の記号・番号がわからない場合は、事業所名のみ記入してください。

常務理事	事務長	課長	担当者
健康保険組合			

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

日中連絡のとれる番号を必ず記入してください。

被保険者証	記号	1	番号	12345	事業所名称	㈱ 大 塚 商 会			
氏名	オオツカ イチロウ 大塚 一郎				性別	男・女	生年月日	昭和 平成 50 年 5 月 15 日（ 才）	被扶養者の有無 有・無
失時 自宅住所	〒 000 － 0000 東京都〇〇			※アパート・マンション名も記入 〇〇マンション 111号室			電話番号	自宅 00 （ 0000 ） 000 携帯 00 （ 0000 ） 0000	
資格喪失年月日（退職日の翌日）	平成 24 年 7 月 1 日			※必ずどちらかに〇をして下さい（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	

住民票と同じ住所を記入

退職日がH24.6.30の場合、H24.7.1となります

有 に〇をされた方は、『健康保険被扶養者異動届(加入)』の添付が必要になります

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。

必ず該当に〇をしてください。「資格確認書」について※を参考にしてください

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
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。

日付（退職日の翌日以降）の記入も忘れずに!!

平成 24 年 7 月 10 日
被保険者氏名（誓約者） 大塚 一郎

ご希望の保険証の送付先が、添付の 住民票と異なる場合は、ご連絡をください。

1.～3.の「誓約内容」を必ず確認のうえ署名をしてください。

任意継続				資格		
記号・番号	100 ・					
資格取得年月日	平成 年 月 日			資格取得年月日	平成 年	
資格喪失予定年月日	平成 年			日	平成 年	
任意継続 取得時決定標準報酬月額				時 月額		

※健康保険組合使用欄

健康保険組合使用欄

※「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。

添付書類

● 住民票（原本）
※ 扶養家族のある場合は世帯全員記載 のもの

● 扶養家族のある場合は以下の提出も必要
・『健康保険被扶養者異動届(加入)』
・添付証明書※健保HP参照

《申請書提出先》

〒102-0073
東京都千代田区九段北
1－11－11
第2フナトビル8階
大塚商会健康保険組合
TEL 03－3234－3501