

常務理事	事務長 (課長)	課長 (課長代理)	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 / 被扶養者届

被保険者情報	資格喪失時の健康保険記号番号	—		資格喪失時の事業所の名称	資格喪失年月日・(退職日の翌日)		
					令和 年 月 日		
	被保険者 氏名	(フリガナ)		生 年 月 日			性 別
				昭和 平成 令和 年 月 日			1. 男 2. 女
	住民票 住所	〒				連絡先 () ()	
	居住地 住所 住民票と違う場合は記入	〒					
個人番号 (マイナンバー)				裏面【注意事項】の3. をご覧になり、該当する場合はチェックをしてください 資格確認書の発行が必要 <input type="checkbox"/>			
保険料の納付方法 (希望の納付方法にチェックをしてください)	1. 毎月納付 <input type="checkbox"/> 毎月10日までに支払い		2. 6カ月前納 <input type="checkbox"/> 取得月の翌月分～9月分、3月分まで		3. 12カ月前納 <input type="checkbox"/> 取得月の翌月分～3月分まで		

被扶養者1	被扶養者 氏名	(フリガナ)		生 年 月 日			性 別
				昭和 平成 令和 年 月 日			1. 男 2. 女
	職 業	1. 無職 2. 年金受給者 3. パート 4. 学生 5. その他 ()	収入 (年収)	円	続柄	1. 配偶者 2. 配偶者(未届) 3. 実子養子 長男 二男 () 男 4. 3以外の子 5. 父母・養父母 長女 二女 () 女 6. 兄弟姉妹 7. その他 ()	
	住民票 住所	〒				被保険者と別居の場合はその理由	
	居住地 住所 住民票と違う場合は記入	〒					
個人番号 (マイナンバー)				裏面【注意事項】の3. をご覧になり、該当する場合はチェックをしてください 資格確認書の発行が必要 <input type="checkbox"/>			

被扶養者2	被扶養者 氏名	(フリガナ)		生 年 月 日			性 別
				昭和 平成 令和 年 月 日			1. 男 2. 女
	職 業	1. 無職 2. 年金受給者 3. パート 4. 学生 5. その他 ()	収入 (年収)	円	続柄	1. 配偶者 2. 配偶者(未届) 3. 実子養子 長男 二男 () 男 4. 3以外の子 5. 父母・養父母 長女 二女 () 女 6. 兄弟姉妹 7. その他 ()	
	住民票 住所	〒				被保険者と別居の場合はその理由	
	居住地 住所 住民票と違う場合は記入	〒					
個人番号 (マイナンバー)				裏面【注意事項】の3. をご覧になり、該当する場合はチェックをしてください 資格確認書の発行が必要 <input type="checkbox"/>			

被扶養者3	被扶養者 氏名	(フリガナ)		生 年 月 日			性 別
				昭和 平成 令和 年 月 日			1. 男 2. 女
	職 業	1. 無職 2. 年金受給者 3. パート 4. 学生 5. その他 ()	収入 (年収)	円	続柄	1. 配偶者 2. 配偶者(未届) 3. 実子養子 長男 二男 () 男 4. 3以外の子 5. 父母・養父母 長女 二女 () 女 6. 兄弟姉妹 7. その他 ()	
	住民票 住所	〒				被保険者と別居の場合はその理由	
	居住地 住所 住民票と違う場合は記入	〒					
個人番号 (マイナンバー)				裏面【注意事項】の3. をご覧になり、該当する場合はチェックをしてください 資格確認書の発行が必要 <input type="checkbox"/>			

※健康保険組合使用欄

R6.12

番 号	決定標準 報酬月額	千円	初回送付
取 得 年月日	喪失(予定) 年月日		入金確認

受付日付印

【 注意事項 】

1. この申出書は、資格喪失の日から20日以内に提出してください。期限経過後は認められません。
2. 個人番号(マイナンバー)は12桁です。間違いのないよう通知書を確認のうえ記入してください。
3. 資格確認書発行の要否欄は、次の場合にチェックをしてください。
 - ・マイナンバーカードを持っていない方
 - ・マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない方
 - ・マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしているが、第三者(施設や保育所等)に確認書を預ける必要がある場合
 - ・マイナンバーカードを紛失、更新中などの場合

[保険料の額]

1カ月の保険料額は、決定標準報酬月額×保険料率です。決定標準報酬月額は、退職時の標準報酬月額または前年9月30日における当組合前被保険者の平均標準報酬月額のうち低いほうです。(4/1改定)

[初回の納付]

- 初回納付分の納付書は、届書受付後(資格喪失日を確認後)にお送りします。
- 納付期限は、お送りする納付書に記載されていますので、指定した日までに納付してください。
- 振込手数料は被保険者様負担でお願いします。
- 納付期限までに納付されなかった場合は、資格が取り消しとなります。

[保険料の納付方法] (口座振替は行っておりません)

1. 毎月納付

半期分をまとめてお送りします。毎月1日から10日(土日祝日の場合は翌営業日)までにお支払いください。
納付期限までに納付されなかった場合は、資格喪失となりますので、ご注意ください。

2. 前納納付

年度を単位として一定期間分(半期もしくは1年)を一括して先に納付することができます。

保険料の割引があり、納め忘れを防ぐことができます。

新規取得時は、資格取得日の属する月の末日までに、翌月分からの前納ができます。

ただし、資格取得月の末日までに納付することにより前納となるため、申請時期によっては前納できない場合があります。

< 加入期間・資格喪失 >

任意継続被保険者となってから2年間です。

ただし、次のいずれかに該当したときは資格を喪失します。

- (1)保険料を納付期限までに納付しなかったとき
- (2)就職等により他の健康保険の被保険者となったとき
- (3)被保険者の方が後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
- (4)被保険者の方が亡くなられたとき
- (5)任意脱退の申し出をしたとき

上記(2)～(4)に該当した場合は「資格喪失申出書」、(5)の場合は「任意脱退申出書」の提出が必要です。