

任意継続被保険者資格取得申請書 記入例

| | | | | | |
|------|-----|------|------|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務部長 | 業務課長 | 業務係長 | 担当者 |
| | | | | | |

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

◎資格喪失日から20日以内（健康保険法第37条規定）に当組合へご提出ください。

提出書類

- 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書
- 誓約書
- 住民票（世帯全員が記載されたもの）

留意事項

① 被保険料は全額自己負担です。
② 被保険料の納付には前納制度が適用されます。ご希望の場合は当組合までご連絡ください。（後期高齢者医療の被保険者となった場合を除く。）
③ 保険料の納付は原則として2年間です。

| ※組合記入欄（記入しないでください。） | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| 記号-番号 | 資格取得日 | 標準報酬月額 |
| 999 - | 令和 年 月 日 | 千円 |
| ※被保険者記入欄（資格喪失時の事業所名等をご記入ください。） | | |
| 被保険者等 記号-番号 | 記号 番号 | 事業所名 |
| 888 - 1234 | 888 - 1234 | (株)□□□商事 |
| 資格喪失日 | 令和 6 年 12 月 1 日 ※退職日等の翌日をご記入ください。 | |
| フリガナ | カントウ タロウ | |
| 氏名 | 関東 太郎 | 性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女 <input type="radio"/> 女 |
| 生年月日 | 昭和 平成・令和 50 年 4 月 5 日 | 年齢 49 歳 |
| 現住所 | 〒110-**** 東京都台東区〇〇X-X □□マンションXXX号 | |
| 電話番号 | 03-****-**** | 携帯電話番号 090-****-**** |

| 被扶養者の氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 年齢 | 同居区分 | 職業 | 月收入 | 資格確認書発行要否 |
|---------|---------------------|-----|----|------|----------|--------------------|----------|------------|
| ④ 関東 花子 | 昭和 平成 52 年 12 月 2 日 | 女 | 妻 | 47 歳 | 同居 | 無職・学生 パート・アルバイト | 65,000 円 | ★ 発行が必要 |
| 被扶養者の氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 年齢 | 同居区分 | 職業 | 月收入 | 資格確認書発行要否 |
| | 昭和・平・令 年 月 日 | 男・女 | | 歳 | 同居 別居 | 無職・学生 パート・アルバイト | 円 | □発行が必要 |
| 被扶養者の氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 年齢 | 同居区分 | 職業 | 月收入 | 資格確認書発行要否 |
| | 昭和・平・令 年 月 日 | 男・女 | | 歳 | 同居 別居 | 無職・学生 パート・アルバイト | 円 | □発行が必要 |
| 被扶養者の氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 年齢 | 同居区分 | 職業 | 月收入 | 資格確認書発行要否 |
| | 昭和・平・令 年 月 日 | 男・女 | | 歳 | 同居 別居 | 無職・学生 パート・アルバイト | 円 | □発行が必要 |

- 注) ① ご記入のない被扶養者は資格削除となります。欄が足りない場合は、もう1枚申請書をご利用ください。
② 被扶養者の収入がわかる書類等、添付書類が必要な場合があります。当組合のホームページをご覧ください。
③ 新たに扶養申請を行う場合は、当組合へご連絡ください。

提出先 〒110-8639 東京都台東区東上野1-13-14
関東百貨店健康保険組合 業務第一課

TEL 03-3833-6141

※ご不明な点がございましたら当組合までご連絡ください。

受付日付印

① 記号・番号及び事業所名は、勤務していた時に使用していた資格情報のお知らせ等に記載された内容をご記入ください。

② 被保険者（申請者）本人の自署の場合は、押印を省略できます。

③ 現住所が住民票と異なる場合は、その具体的理由を便箋等に記入し、公共料金等の明細書の写しと併せてご提出ください。

④ 退職時に被扶養者がいない場合は記入しないでください。なお、被扶養者に収入がある場合等、別途、添付書類が必要となりますので、「被扶養者認定添付書類一覧表」をご確認ください。

⑤ 戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。（長男、二男、長女、二女等）

★ マイナ保険証をお持ちでない方は☑チェックを入れてください。

任意継続制度に加入するための要件

資格喪失日の前日（退職日）までに継続して2か月以上の被保険者期間*があること。（※前に加入していた任意継続被保険者期間は含まれません）

任意継続被保険者資格取得申請書の提出期限

資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に当組合へ申請書を提出すること。なお、この20日以内の提出期限までに当組合に申請書が到着し受付される必要がありますので、提出期限が土日祝祭日にあたる場合は注意してください。

任意継続被保険者の加入期間

任意継続被保険者となってから最大2年間です。ただし、以下の事由に該当したときは、2年を経過する前であっても資格を喪失します。

- 毎月の保険料を納付期限までに納付しなかったとき
- 就職等により、健康保険の被保険者となったとき
- 被保険者の方が亡くなったとき
- 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
- 任意継続被保険者でなくなることを申し出た場合、その申し出が受理された日の属する月の末日が到達したとき

※「国民健康保険に加入する」や「ご家族の健康保険の扶養に入る」などの理由で資格を喪失することは出来ません。