

常務理事	担当者	担当者	証確認	処理年月日
				令和 年 月 日

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

任継記号		※任継番号			
500					
①被保険者	フリガナ名 氏 名	性別	生 年 月 日	※資格取得年月日	※標準報酬月額
		1. 男 2. 女	年 月 日	年 月 日	千円

②被扶養者	フリガナ名 氏 名	性別	生 年 月 日	続柄	職業	世帯	収入	※認定印
		1. 男 2. 女	年 月 日			同居・別居	無・有	
		1. 男 2. 女	年 月 日			同居・別居	無・有	
		1. 男 2. 女	年 月 日			同居・別居	無・有	
		1. 男 2. 女	年 月 日			同居・別居	無・有	
		1. 男 2. 女	年 月 日			同居・別居	無・有	
		1. 男 2. 女	年 月 日			同居・別居	無・有	
		1. 男 2. 女	年 月 日			同居・別居	無・有	

③資格喪失時の健康保険被保険者証の記号番号		記 号	番 号	⑤ 資格取得年月日
				昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
④資格喪失の際使用されていた事業所	所在地			⑥資格喪失年月日(離職日の翌日)
	名称			令和 年 月 日
				⑦資格喪失の際の標準報酬月額
				千円
⑧退職理由 (該当する番号に○をして下さい)		1 定年退職 2 自己都合 3 ※自己都合(雇用保険の特定受給資格者・特定理由離職者) 4 ※倒産・解雇 5 その他 () ※は裏面の[記入上の注意]3をご参照下さい。		
⑨ 備考				
※任継資格喪失年月日	・	※原因	満了・未納 就職・死亡	※上記⑤～⑦までの確認 (済・未済)

令和 年 月 日 上記及び裏面の内容を確認のうえ申請します。

受 付 印

なお、資格喪失の際は速やかに被保険者証を返納します。

住所	〒 _____		
氏名	電話番号	()	
	携帯電話	()	

◎ ◎ この申請書は、資格喪失日以後20日以内に当組合へご提出ください。(郵送の場合は20日以内に必着です)。
 ※ 印の欄は記入不要です。裏面をよく読んで、住民票を添付の上、提出してください。

【記入上の注意】

①～⑦までの欄、及び〔住所〕・〔氏名〕・〔電話番号〕欄は、漏れなく記入してください。

「※」印の欄は記入しないで下さい。

1. ①の氏名・生年月日を記入し、性別の欄は該当する事項を○印で囲んで下さい。

《被扶養者がいる場合》

②の氏名・生年月日・続柄・職業欄を記入し、性別・世帯・収入の欄は該当する事項を○印で囲んでください。

《被扶養者申請の注意事項》

(1) 直系尊属・配偶者・子・孫・弟・妹以外の方については、被保険者と同一の世帯に属していなければなりませんのでご確認下さい。

(2) 申請被扶養者に収入がある場合は、年収が基準内であるかをご確認下さい。

・申請被扶養者が60歳未満の場合→年収130万円未満

・申請被扶養者が60歳以上または障害者の場合→年収180万円未満

※ 収入が上記範囲内でも、「収入が確認できる書類等」は必要となりますのでご了承下さい。

2. 任意継続被保険者の申請期間は「法第37条」の規定により**資格喪失日から20日以内**です。

(申請期限経過後の届出は受付出来ません) 但し、正当な事由(天災事変等)で遅延した場合は

⑨の備考欄に遅延した事由を記入し遅延の証明を添付のうえご提出下さい。

3. ⑧の退職理由については該当する番号に○印を記入して下さい。

(5その他の場合は理由をご記入下さい。)

※ 退職理由が雇用保険の特定受給資格者(倒産・解雇等)・特定理由離職者(雇い止め等)に該当する場合、国民健康保険の保険料が低額になることがありますので国民健康保険の窓口でご相談下さい。

【手続きの流れ】

- ① [任意継続資格取得申請書]に住民票を添えて、**被保険者資格喪失日以後20日以内**に当組合へご提出下さい。

- ② 当組合から「任意継続被保険者保険料納付書」と「被保険者証」を、ご自宅へお送りします。

- ③ 初回保険料を「任意継続被保険者保険料納付書」により、納付期限までに納付して下さい。

【留意事項】

任意継続被保険者の資格期間は2年間です。ただし、つぎのいずれかに該当したときは、資格を喪失することになります。

- ① 保険料を納付期限までに納付しないとき

- ② 健康保険の被保険者となったとき

- ③ 船員保険の被保険者となったとき

- ④ 被保険者が死亡したとき

- ⑤ 後期高齢者医療制度の被保険者等になったとき

※ 初回保険料を納付期限までに納付しなかった場合は、当初から任意継続被保険者資格が無かったこととなります。

※ 在職中に健康保険特定疾病療養受療証・健康保険限度額適用認定証等をお持ちの方はご連絡下さい。

【提出先】

兼松連合健康保険組合

〒541-0048

大阪市中央区瓦町二丁目6番9号 大織健保会館2階

TEL 06 (6231) 1877