

# 任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者申請書

係	係	事務長	常務理事

提出日 令和 年 月 日 ※本申請書は、退職日の翌日から20日以内に健保に到着するように事業主経由で提出して下さい。												
在職中の被保険者証の 記号		申請者氏名(フリガナ)		生年月日		性別		住所(退職日以降の住所)				
番号		①		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		〒 _____ 都道 区市 府県 郡				
退職前に勤務されていた事業所		資格取得日(入社日)		資格喪失日(退職日の翌日)		保険料の納付方法(下欄参照)		電話番号		メールアドレス		
名称		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R		R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 半年前納(4~9月・10~翌年3月) <input type="checkbox"/> 1年前納(4~翌年3月)		自宅:( ) - 携帯:( ) -		※お電話にて連絡が取れない場合等に使用します		
保険給付金等の振込先 (申請者名義のこと)		(フリガナ)		銀行・農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目		口座No.(右ジメ)		
								<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄		銀行コード 店コード 口座名義(カタカナで記入してください)		
退職時に被扶養者として加入していた家族の氏名			性別	生年月日		続柄	同居	職業	収入(年間)の有無		被扶養者の状況	
(フリガナ) (氏) (名)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 円		<input type="checkbox"/> 引き続き扶養 <input type="checkbox"/> 扶養から削除 (理由) (年月日) R . .	
(フリガナ) (氏) (名)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 円		<input type="checkbox"/> 引き続き扶養 <input type="checkbox"/> 扶養から削除 (理由) (年月日) R . .	
(フリガナ) (氏) (名)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 円		<input type="checkbox"/> 引き続き扶養 <input type="checkbox"/> 扶養から削除 (理由) (年月日) R . .	
(フリガナ) (氏) (名)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 円		<input type="checkbox"/> 引き続き扶養 <input type="checkbox"/> 扶養から削除 (理由) (年月日) R . .	

**【脱退について】**

1. 加入した日から2年を経過したとき
2. 被保険者が就職したとき
3. 保険料を納付期日までに納付しなかったとき
4. 被保険者が死亡したとき
5. 後期高齢者医療の被保険者等となったとき
6. 脱退の希望を申し出て、当健保で受理されたとき

**【保険料の納付方法について】**

- 次の中から希望の納付方法を選び、納付方法欄のいずれかにチェックをつけてください。
- ・毎月納付…納付書により、毎月10日までに銀行振込
  - ・半年前納…納付書により、4月～9月分を3月末日までに銀行振り込み。10月～翌年3月分を9月末日までに銀行振込(割引あり)
  - ・1年前納…納付書により、4月～翌年3月までの1年分を3月末日までに銀行振込(割引あり)

**【保険料額について】**

- ・退職時の標準報酬月額か、当健保の平均標準報酬月額(440千円)のいずれか低い方に保険料率を乗じた額で、事業主分を含めた全額自己負担となります。
- ・前納することもできます(割引あり)。

**【注意事項】**

- ・鉛筆での記入不可。また、訂正する場合は、二重線で抹消のうえ、訂正印を押印下さい。
- ・前納を選択された場合であっても、初回(加入月分)保険料は単月払いとなります。前納扱いとなるのは、加入月の翌月分以降からとなります。
- ・短期間加入予定の方は毎月納付、長期間加入予定の方は前納をおすすめします。
- ・振込手数料は本人負担となります。保険料の引き落としはできません。
- ・保険料額は、原則脱退するまで同じです。前年度の所得額等によって増減することはありません。
- ・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

**◎健保処理欄**

任意継続被保険者証の		任意継続被保険者の		任意継続被保険者の		JSR健保組合の		資格喪失時の		決定標準報酬月額		保 険 料 月 額	
任意継続被保険者証の		資格取得年月日		資格喪失予定年月日		平均標準報酬月額		標準報酬月額				保 険 料	
記号		令和 年 月 日		令和 年 月 日		440 千円		千円		千円		円	
番号												円	
												円	
												円	
												円	

納付書送付
保険証送付