

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)			転居日	
番号		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	〒 _____ 都道府県 _____ 区市郡 _____			※会社に届出していた住所と違う住所を記入した方のみ記入! R 年 月 日	
退職前に勤務されていた事業所 名称	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			
	<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.(右ゾメ)	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)
				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄				
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	同別居	職業	収入(年間)の有無	被扶養者の状況	
(フリガナ) (氏)	<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)	<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)	<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)	<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)

【健保受付日付印】

◎健保処理欄

任意継続被保険者証の 記号	任意継続被保険者証の 資格取得年月日	任意継続被保険者証の 資格喪失予定年月日	JSR健保組合の 平均標準報酬月額	資格喪失時の 標準報酬月額	決定標準報酬月額	保険料月額	
20	令和 年 月 日	令和 年 月 日	440 千円	千円	千円	保険料	円
番号						介護保険料	円
						合計	円
						入金日	R . . .

備考欄

納付書送付
保険証送付