

# 任意継続被保険者資格取得申出書

令和 年 月 日提出

保 険 証		氏 名	生 年 月 日	性別
記 号	番 号	フリガナ ⑩	昭 平 年 月 日 ( 才 )	男・女
退 職 後 住 所 及 び 連 絡 先 〒 - - TEL ( ) - 携帯 - -			本人名義のゆうちょ銀行総合口座 ※ゆうちょ銀行以外の金融機関のご利用はできません	
			通帳記号	通帳番号

希望する納付方法にチェックしてください

- 毎月自動引落（月納）     
  6ヶ月分一括納付（半年前納）     
  12か月分一括納付（1年前納）

**（留意事項）**

1. 加入の申し出は、退職日の翌日から20日以内でなければ受理されません。
2. ご家族を引続き扶養する場合は「健康保険被扶養者異動[増]申請書」を提出し再認定の手続きを受けてください。
3. 初回保険料は月納、前納のどちらを選択頂いても発生します。自宅宛にお送りする払込用紙に記載された期限までに納付ください。保険料を納めて頂けなかった場合、申し出が無かったものとして資格取消になります。
4. 月納を選択された方の引落日は毎月9日です。9日が土日祝日の場合は後ろにずれます。前日の14時迄に口座へ入金しておいてください。残高不足の為引落とせなかった場合は法律により資格喪失になります。また、自動引落手続きをして頂けなかった場合も資格喪失になります。
5. 前納を選択された方で前納納付書に記載の期限までに前納納付金を納付されなかった場合は、月納への切替えとなります。切替え手続きを頂けない場合は資格喪失になります。
6. 任意継続の資格が無くなりましたら保険証は速やかに健康保険組合宛に返却ください。
7. 資格喪失後に受診した場合や、資格取消の場合は健保からの給付金を全額返還して頂きます。
8. 申請前に任継のしおりを必ずご確認ください。

（誓約書）私は任意継続被保険者資格取得の申出にあたり、上記留意事項について了承いたしました。上記が適用され被保険者資格が喪失（又は取消）となっても異議申立ては行わないことを誓約いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名： ⑩

事業所記入	資格喪失年月日（退職日の翌日）	社会保険加入期間	被扶養者の申請	喪失時標準報酬
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2ヶ月以上	有( 名) ・ 無	千円
	上記のとおり相違ないことを証明する。			係
	令和 年 月 日		⑩	
	事業所名			

健保記入	新記号 8020		徴収月額		適用期間	取得日		
	新番号 従前に同じ		□380 千円			喪失日		
	初回納期	証発行	自動引落	初回納付	前納納付	住所 <input type="checkbox"/>	係	事務長
／末 1・2ヶ月	／	月	／	／	金融機関 <input type="checkbox"/>			
備考欄						受付印		