

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

ゲンゼ健康保険組合 理事長 殿

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被保険者欄	資格喪失時の記号・番号	記号	番号	資格喪失年月日 ※退職日の翌日 (退職日)	令和	年	月	日	(令和	年	月	日)	
	資格喪失時の所属事業所名称	会社名			※ゲンゼ欄は下記の給単に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 綾部 <input type="checkbox"/> 守山 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪			喪失時の標準報酬月額	千円				
	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
					日中に連絡可能な電話番号	-							
	住民票の住所	〒			資格確認書 交付要否		<input type="checkbox"/> 交付が必要		交付理由 ※				
電話番号	携帯				自宅								
保険料の支払方法 (右から選んでください)	<input type="checkbox"/> 月納(毎月納付)			<input type="checkbox"/> 半期前納(9月迄)			<input type="checkbox"/> 1年前納(当年度末3月迄)						
給付金等振込口座	金融機関 コード	銀行		支店 コード	支店		預金種目	普通					
					口座番号								
・健康保険からの給付金等送金のみを使用します。保険料の引落は行っていません。													

◆被扶養者を全員記入してください。増減がある場合は「健康保険 被扶養者異動届」を添付してください。

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	続柄	同居別居の区分		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業	資格確認書 交付要否	<input type="checkbox"/> 交付が必要		交付理由 ※		
被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	続柄	同居別居の区分		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業	資格確認書 交付要否	<input type="checkbox"/> 交付が必要		交付理由 ※		
被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	続柄	同居別居の区分		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業	資格確認書 交付要否	<input type="checkbox"/> 交付が必要		交付理由 ※		

※資格確認書の発行が必要な場合は、「交付が必要」にチェックしてください。また、交付理由を下記番号から選んで交付理由欄に記入してください。

- ① マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ② マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録(マイナ保険証)を行っていない者
- ③ マイナ保険証の利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ④ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
- ⑤ マイナンバーカードを紛失した者、マイナンバーカードを更新中の者
- ⑥ マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある者

【注意】 この申請書は、退職後20日以内に健康保険組合へ到着するように提出してください。

【健保確認欄】

資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	任意継続 被保険者番号	70 -	受付日付印	
資格喪失年月日	令和	年	月	日				
被保険者期間	年		ヵ月	常務理事	担当者	確認者		
喪失時標準報酬	月額		千円					
生年月日(年齢)	年	月	日(歳)					
健診案内配付	必要		不要					

【説明・注意事項】

- ・ 加入期間 退職日の翌日から継続して最長2年間
 ※ ただし次の①～④の場合喪失となります
 - ① 再就職したとき(喪失日は新しい保険者に加入された日)
 - ② 被保険者が死亡したとき(喪失日は死亡日の翌日)
 - ③ 保険料を納付期日までに納付しないとき(喪失日は納付期限翌日)
 - ④ 資格喪失申出書を提出したとき(喪失日は健保受付日の翌月1日)

- ・ 保険料納付
 - 保険料は全額自己負担となり、任意継続資格取得月からの納付となります。
 - 資格取得申請後、初めて納付する保険料は、健保組合指定の納付期日までに納付してください。
 - 納付方法は下記の①～③から選択いただけます。
 - ①月納・・・毎月10日までに納付
 - ②半期前納・・・半年分をまとめて納付
 - ③1年前納・・・1年分をまとめて納付
 - ※半期前納、1年前納は割引があります。
 - ※振込手数料は納付の都度発生し、被保険者負担です。
 - ※次年度も同じ納付方法となります、変更される方は早い目にご連絡ください。

- ・ 住民票住所にお住まいでない方は居所をご記入ください。

居所住所記入欄	
〒	