

任意継続被保険者資格取得申請書

(申請期間:退職日の翌日から退職後20日以内まで)

常務理事	事務長	点検	担当

①任意継続被保険者資格取得申請にあたり、別紙「任意継続被保険者制度のご案内」を精読し、以下の内容について了解したうえで、右欄に署名いたします。

- 以下の事由に該当したとき、任意継続被保険者の資格喪失となります。
 - 任意継続の被保険者期間が満了となったとき(資格取得日より2年)
 - 再就職して他健康保険の被保険者となったとき
 - 保険料が納付期日までに納付されなかったとき
 - 死亡したとき
 - 75歳になったとき
 - 資格喪失を申し出たとき
- 保険料の納入は申請者の責任において行うこと
- 関西ペイント健康保険組合から資格喪失後の受診に係る医療費の請求があった場合は速やかに納入すること
- 保険料の還付金が発生した場合、右欄の銀行口座へ還付されること

【お願い事項】必ずお読みください。

- 上記の①をお読みいただき、右記②から⑩の全てにご記入ください。
⑩は保険料還付などがあった場合、健保から振込する口座です。
- 在籍時に扶養していた家族を引き続き扶養したい場合、「被扶養者(異動)届」の提出が必要です。
- 健保への到着が退職後20日を過ぎた場合はこの申請書を受付できません。
- 申請書受付後、「保険料のご案内」「納付書」「資格確認書(マイナ保険証をご利用できない方のみ)」を郵送いたします。
- 保険料納付確認後、「資格情報のお知らせ」「資格取得通知」を郵送いたします。
- 指定された納入期限に1日でも遅れますと、任意継続の資格はなくなります。
- 資格取得日より前に資格確認書の発行はできません。

②在職時の記号番号	記号	100	番号	9999
③資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 4 年 10 月 1 日			
④退職した会社名	関西〇〇(株)			
⑤被保険者氏名	フリガナ	ケンボ	タロウ	
	(自署)	健保 太郎		
⑥マイナンバー(12桁)	* * * * * * * * * * * *			
⑦生年月日	昭和・平成) 44 年 * 月 * 日			49 歳
⑧住所	〒 * * * * - * * * * 〇〇県△△市□□町☆☆番地			
⑨電話番号	自宅 (* *) * * * - * * * * 携帯 (* * *) * * * * - * * * *			
⑩保険料納入方法	一括払い (年度単位) . 月払い			
⑪振込銀行(本人名義) * 通帳のコピーを添付	〇〇		銀行・信用金庫 労働金庫・信用組合	△△ 支店
	口座情報	店番	普通	口座番号
	* * *		* * *	* * * *
口座名義	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎			

(健保組合使用欄)

任意継続被保険者		任継取得	年	月	日	保険料案内	年	月	日
記号	番号	任継喪失	年	月	日	資格確認書	年	月	日
90		標準報酬月額	退職時		千円	保険料納入	年	月	日
			任継時		千円	資格取得通知	年	月	日
						資格情報のお知らせ	年	月	日

受付日付印

介護保険	該当(40歳以上)	不該当(38歳未満、65歳以上)	期の途中該当(年 月)	期の途中不該当(年 月)
	(年齢は申請時のもの)		(40歳誕生日の前日の月から該当)	(65歳誕生日の前日の月から不該当)