健康保険任意継続被保険者資格取得処理伺

起　案	平成　　年　　月　　日	決　裁	平成　　年　　月　　日	交　付	平成　　年　　月　　日

常務理事	事務長	部　　長	課　　長	課長代理	係　　長	主　　任	担当者	台　　帳	データ

資格取得年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	資格喪失年月日	平成　　年　　月　　日
記号・番号	２０－	月　　額	千円
扶養状況	有　・　無		
任意継続期間満了日			

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者証記号番号	―	事業所名称	
資格喪失年月日 （退職日の翌日）	平成　　年　　月　　日	資格喪失時の標準報酬月額	千円

保険料の支払方法 （ご希望の支払い方法に○をしてください）	１．毎月払い　　２．半期毎前納（4月～9月）　（10月～3月）　　３．全期前納（4月～3月） ※任意継続保険料は、年度毎になっており、申請時（初年度）は資格取得月から翌年３月（１月～３月に申請の場合は同年３月）までの納付書をお渡しします。

◇申請の際の注意事項◇

※ 任意継続の申請は、健康保険法３７条の規定により、資格喪失日（退職日の翌日）から２０日以内に申請してください。

※ 任意継続の申請時には、この申請書とともに1ヶ月分の保険料（場合によっては２ヶ月分）を持参するか、現金書留にて組合宛送金してください。

※ 被扶養者がおられる方は、被扶養者届及び被扶養者届裏面に記載のある添付書類が必要となっています。

※ 任意継続被保険者は、健康保険法３８条の規定により、次の各号のいずれかに該当するに至った翌日（第４号に該当するに至ったときは、その日）に資格がなくなります。

第１．任意継続被保険者となった日から起算して２年を経過したとき　　第２．死亡したとき

第３．保険料を納付期限までに納付しなかったとき　　第４．被保険者となったとき

平成　　年　　月　　日

大阪金属問屋健康保険組合理事長　様

私は、上記注意事項を理解したうえで申請します。

また、私が任意継続被保険者の資格喪失事項に該当した場合、資格喪失の処分となっても異議はございません。

〒　　－

住　　所

フリガナ

氏　　名　　㊞ (自署の場合は不要)

生年月日　　昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）

ＴＥＬ　　（　　）

受付印

備考	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、本人確認するための添付書類が必要です。）

わからないことがありましたら、当組合の業務課まで　TEL０６－６２７１－０６５１