

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

|                            |      |     |     |
|----------------------------|------|-----|-----|
| ※<br>健<br>保<br>処<br>理<br>欄 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|                            |      |     |     |

サントリー健康保険組合 御中

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

下記のとおり申請します。

(\* 印は該当するものを○で囲んでください)

|   |   |                     |                            |       |                   |      |
|---|---|---------------------|----------------------------|-------|-------------------|------|
| ① 被保険者氏名                                    | フリガナ  | ② 性別 *              | ③ 生年月日                     |       |                   |      |
|   | (印)   | 男・女                 | [和                         | .     | .                 |      |
| ④ 健康保険証の<br>記号 - 番号                         | —   | ⑤ 喪失年月日<br>※退職日等の翌日 | [和                         | .     | .                 |      |
| ⑥ 退職後の住所<br><br>近日中の変更の予定                   | 〒 _____<br>TEL _____ 携帯TEL _____<br>_____ 年 _____ 月 _____ 日 より _____ 新姓 _____<br>新住所 〒 _____ 新TEL _____ |                     |                            |       |                   |      |
| ⑦ 健保給付金の<br>振込希望先<br><br>※ゆうちょ銀行以外<br>※本人名義 | フリガナ  | * 銀行<br>信用金庫        |                            | 支店    | 普通                |      |
|   | 銀行コード   | 店番                  | 口座番号                       |       |                   |      |
| ⑧ 保険料の<br>納付方法 *                            | 1. 月納<br>(1月ごと)   |                     | 2. 前納分割<br>(半年ごと)          |       | 3. 前納一括<br>(年度ごと) |      |
| ⑨ 加入予定期間 *                                  | 1. 満了 (2年) まで   |                     | 2. _____ 年 _____ 月 頃まで(予定) |       |                   |      |
| ⑩ 被扶養者<br>(扶養家族)                            | 被扶養者氏名  | * 同居別居              | 続柄                         | 年収(円) | 月収(円)             | 収入内訳 |
|   |   | 同居・別居               |                            |       |                   |      |
|   |   | 同居・別居               |                            |       |                   |      |
| 備考欄   |   |                     |                            |       |                   |      |

### 【申請書記入上の注意】

- ・加入手続きのための当申請書の提出期限は、資格喪失日(退職日等の翌日)から20日以内です。
- ・①被保険者の印は被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することが出来ます。
- ・⑤喪失年月日は退職日または常勤雇用終了日の翌日です。
- ・⑦の健保給付金とは「高額療養費」や「付加給付金」等、健保組合から支給されるものです。  
(※ゆうちょ銀行以外の銀行・信金を指定ください。)
- ・⑧の保険料の納入方法は希望する番号に○をつけてください。どの納付方法でも、任意継続加入月からの納付です。  
(※保険料の納付方法は銀行振込になります。口座振替(自動引落し)の取扱いはありません。)
- ・⑩任意継続加入後も引き続き扶養される(貴方によって主として生計を維持されている)ご家族について記入ください。  
「収入内訳」はパート収入・年金・家賃収入・自営業収入等、収入の内容を記入ください。  
★【添付書類】扶養家族に収入がある場合は以下を添付してください。なお、書類はコピーで結構です。  
[給与収入]: 給与明細直近3ヵ月分(コピー)、 [年金収入]: 支払通知等、年金額の確認出来る書類の(コピー)  
[その他の収入]: 確定申告書と収支内訳書(青色申告決算書)

[注意]新しい保険証と保険料納付書は自宅宛に簡易書留で郵送します。(早くとも資格喪失日から10日程かかります)  
任意継続保険料を、納付期限までに振込されなかった場合は法により資格喪失(初回は資格取消)します。