

【提出先】

〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
 サントリー大阪オフィス内
 サントリー健康保険組合宛

※健康
 保
 理
 欄

常務理事	事務長	担当者

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 (フリガナ) 被保険者氏名			②性別*	③生年月日
			男・女	[和暦] 年 月 日生
④健康保険証の 記号 - 番号	-		⑤喪失年月日 ※退職日等の翌日	[和暦] 年 月 日
⑥退職後の連絡先				
住所	〒 -			
TEL		携帯TEL		
E-mail	@			
⑦健保給付金の振込希望口座 ※本人名義をご指定ください。				
(フリガナ)			(フリガナ)	
金融機関名	※ 銀行・信用金庫		支店名	
銀行コード			支店コード	
口座種類			口座番号	
⑧保険料納付方法*	1. 月納 (1ヵ月ごと)	2. 前納一括 (年度ごと)	3. 前納分割 (半年ごと)	
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 (扶養家族) ※添付書類が必要となるため裏面をご参照ください。				
被扶養者氏名	同居* 別居	同・ 別	続柄	生年月日 [和暦] 年 月 日生
年 収	円		月 収	円
収入内訳*	給与(パート、アルバイト)・年金・その他 ()			
被扶養者氏名	同居* 別居	同・ 別	続柄	生年月日 [和暦] 年 月 日生
年 収	円		月 収	円
収入内訳*	給与(パート、アルバイト)・年金・その他 ()			
被扶養者氏名	同居* 別居	同・ 別	続柄	生年月日 [和暦] 年 月 日生
年 収	円		月 収	円
収入内訳*	給与(パート、アルバイト)・年金・その他 ()			

【注意】

- ・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。
- ・【記入上の注意】、【添付書類】については必ず裏面をご参照ください。

【記入上の注意】

⑤の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。

※本人名義の口座を記入してください。

※銀行コードや支店番号もご記入ください。

⑧の保険料納入方法は希望する番号に○をつけてください。任意継続加入月からの納付になります。

※保険料の納付方法は銀行振込のみ、口座振替(自動引落し)の取扱いはありません。

注意: 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。

⑨の加入予定期間は加入期間の目安としてご記入ください。

※「2. 年 月 頃まで(予定)」に変更が生じても問題ありません。(最長2年満了まで)

⑩任意継続加入後も引続き扶養される(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」は給与(パート、アルバイト)・年金・その他、該当するものに○を、その他については()に内容を記入ください。

【添付書類】

・扶養家族を申請する場合

世帯全員の住民票

※個人番号(マイナンバー)の記載がないもので、続柄が記載された健保扶養の申請対象者とその世帯全員が記載されているもの。

※直近3か月以内に発行されたもの

・扶養家族に収入がある場合

給与収入：給与明細 ※直近3か月分

年金収入：振込通知等、年金額の確認出来る書類 ※直近分

その他の収入：確定申告書と収支内訳書(青色申告決算書)

・その他

ご状況によって必要な書類をご提出ください。※以下、健保HPをご確認ください。

また、審査内容により追加で必要書類の提出をお願いすることがあります。

健保HP>健保のしくみ>健保扶養の申請に必要な書類 をご参照ください。

<http://www.suntorykenpo.or.jp/outline/documents.html>