

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

※ 健 保 処 理 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 記号 - 番号	—	⑤ 喪失年月日 ※退職日等の翌日	[和	.	.	
⑥ 退職後の住所  近日中の変更の予定	〒 _____ TEL _____ 携帯TEL _____ 年 月 日 より 新姓 _____ 新住所 〒 _____ 新TEL _____					
⑦ 健保給付金の 振込希望先  ※ゆうちょ銀行以外 ※本人名義	フリガナ	* 銀行 信用金庫		支店	普通	
	銀行コード	店番	口座番号			
⑧ 保険料の 納付方法 *	1. 月納 (1月ごと)		2. 前納分割 (半年ごと)		3. 前納一括 (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 (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。