

【※健保使用欄】

## 健康保険

## 任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

以下の内容を確認し、任意継続を申込み場合にご記入ください。なお、提出期限は退職日の翌日から20日以内(必着)です。

被保険者証 記号・番号	記号	番号	氏名		(フリガナ)		性別	男・女			
生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	住民票 住所	〒 -				
資格取得年月日	平成 令和	年	月	日		居所 住所	〒 -				
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日		連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 同上(住民票と同じ) 電話 : ( ) 携帯 : ( )				
資格喪失時の 所属事業所	名称					標準 報酬 月額	千円	健康保 険証返 納状況	1. 返納済 2. 紛失		
	所在地										
被扶養者氏名	(フリガナ)	生 月	年 日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	住民票 住所	1. 同居 2. 別居	備考 ※被保険者と住民票が異 なる場合は、住民票住所を 記入してください。
	(フリガナ)	生 月	年 日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	住民票 住所	1. 同居 2. 別居	
	(フリガナ)	生 月	年 日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	住民票 住所	1. 同居 2. 別居	
	(フリガナ)	生 月	年 日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	住民票 住所	1. 同居 2. 別居	
健康保険限度額適用認定証【継続】申請の有無(※新規申請の場合は、別途申請書を提出)								有・無			

## ●必ず事前にお読みください

- 退職後の健康保険は①国民健康保険 ②任意継続 ③ご家族の扶養になる(保険者の審査があります)から、ご自身でお選びいただけます。事前に保険料の金額等を必ずご確認のうえお申込みください。
- 任意継続は以下に該当したとき資格を喪失します。  
①就職し被保険者となった ②加入後、本人の希望により資格喪失を申し出た  
③加入から2年を経過した ④被保険者の死亡  
⑤保険料が期日までに支払われなかった(初回の納付が未納の場合、資格が取消となります)
- 保険料の納付方法は必ず下記の3つよりお選びいただき、○で囲んでください。

## 保険料払込方法

- 毎月払い(三井住友銀行へ振込)
- 前納(年払い)※
- 前納(半年払い)※

※前納について  
前納ご希望の場合、納付期限は前納開始月の前月末日(土日祝の場合は翌営業日)までとなります。納付書の発送時期により、前納の申出に添えない場合がありますのでご了承ください。

## 【※健保使用欄】

記号	1511	取得 年月日	令和	年	月	日	喪失 予定 年月日	令和	年	月	日	決定 報酬	千円
番号													

- 【注】1. この申請書は、直接ご自分で記入の上、資格喪失後20日以内に健康保険組合に提出して下さい。  
2. お手元の保険証は必ず返納をお願いします。(限度額適用認定証、高齢者受給者証をお持ちの方は同様に返納してください。)  
3. 健康保険法の規定による期限(資格喪失後20日以内)を経過した後に申請する場合、備考欄に遅滞の理由を記入して下さい。  
4. 40～64歳の方の介護保険料は当健保から健康保険料と併せて徴収されます。  
5. 継続して被扶養者になるご家族の氏名を上記の被扶養者氏名欄に記入して下さい。扶養から外れる方は「健康保険被扶養者(異動)届」にて届出をお願い致します。  
6. 毎月払いに限り口座自動振替をご用意しています。任意継続の申し込みが完了後別途申込みいただき2～3か月後の開始となります。  
【問合せ先】日本赤十字社健康保険組合 〒105-0012 東京都港区芝大門1丁目1番3号 日本赤十字社ビル東館3階

受付日付印