

常務理事	事務長	担当

健康保険「任意継続被保険者」資格取得申請書

京都新聞健康保険組合理事長 殿

次のとおり「任意継続被保険者」資格を取得したく申請いたします。

令和 年 月 日

(R4.1)

郵便番号	—	電話番号	自宅	—	—	携帯	—	—
申請者の住所	フリガナ:							
申請者の氏名・印	フリガナ:			性別	生年月日			
	⑨			男 女	1.昭和 2.平成 年 月 日			
最後に被保険者として勤務していた事業所	名称							
	健康保険被保険者証の記号番号	最後に被保険者の資格を喪失した日(退職日の翌日)						
	—	年	月	日				
給付金等の振込み先金融機関名	銀行 本店 普通 信用金庫 支店 当座 口座番号 ()							
保険料払い込み方法の希望 (前納払いの場合は若干の割引あり)	1.毎月払い 2.半年前納払い 3.一年分前納払い							
健康保険任意継続被保険者記号番号	資格喪失の際の標準報酬月額			任意継続資格取得時の標準報酬月額				
* 51 任継	* 千円			* 千円				
資格取得年月日	* 年	月	日	保 険 料				
資格喪失年月日	* 年	月	日	* 円				

【記入上の注意】

- *欄は記入しないで下さい。その他の欄は洩れなく詳細に記入してください。
- 年号、性別、保険料払い込み方法等は該当する事項を○で囲んでください。

【留意事項】

- 申請ができるのは喪失前の被保険者期間が継続して2ヶ月以上あることが必要です。
- 任意継続被保険者の資格期間は2年間です。
- 保険料は全額自己負担することになります。
- 扶養家族のある場合は、被扶養者届を添付してください。
- 申請期限は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内です。
- 被保険者資格の喪失要件は、以下のとおりです。
 - (イ) 被保険者資格取得後2年を経過したとき。(ロ) 被保険者が死亡したとき。
 - (ハ) 保険料納付期日までに納付しないとき。
 - (ニ) 被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者となったとき。
 - (ホ) 被保険者が喪失の申し出をしたとき。

*不明な事項等がありましたらお気軽にお尋ねください。