

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書の記入について

- ①1の欄は、記入しないでください。
- ②2の欄は、退職時に交付されていた被保険者証の記号番号を記入してください。
- ③申請者本人が氏名を署名した場合、本人の押印は不要です。
- ④6の欄の住所は、アパート名、棟室、番号まで記入して下さい。
- ⑤7の欄の電話番号は、市外局番から記入して下さい。携帯電話の番号のみでも構いません。
- ⑥8の欄で被扶養者がいる場合は、「あり」に○をつけて、下の健康保険被扶養者届(資格取得時)に必要な事項を記入して下さい。
- ⑦9の欄には、退職時の会社名称・所在地を、10の欄には資格喪失年月日(退職日の翌日)を記入してください。
- ⑧11の欄には、保険料の納付方法をいずれか1つ○を付けてください。
【毎月】毎月納付書により10日までに納付します。(初回は健保が指定する日)
【前納】年度を単位として保険料を一括して納付することができます。6ヶ月または12ヶ月のどちらかをお選びください。前納される場合は、割引が適用されます。
※前納期間については、下の「保険料納付方法について」をご覧ください。
- ⑨任意継続の資格取得時に被扶養者がいる場合には、ア～キの該当箇所に記入をしてください。
※後日、書類提出を求める場合がありますので、ご了承ください。

<提出期間>

被保険者の資格を喪失して(退職の翌日)から20日以内に提出して下さい。郵送による提出の場合は特定記録郵便をお願いします。

上記期間経過後に申請書を提出された場合、正当な理由(天災地変、交通・通信関係のスト等)があると認められる場合以外は、受付できません。

<留意事項>

1. 被保険者の資格期間は最長2年までです。
2. 任意継続の保険料は労使折半ではなく、全額自己負担となります。
3. 被保険者の資格喪失は、次の場合に限られており、任意に資格を喪失することはできません。
 - (1)被保険者資格取得後の期間が、2年を経過したとき
 - (2)被保険者が死亡したとき
 - (3)保険料の納付期日までに納付されなかったとき
 - (4)健康保険の被保険者となったとき(新しい会社で健康保険に加入した)
 - (5)船員保険の被保険者となったとき
4. 初回保険料は、資格取得手続き完了後に送付する納付書期日(健保が指定する日)までに必ず納付してください。※退職前や納付書が届くまでに保険料を納めることはできません。
5. 記入漏れ等、不備があった場合は保険証の発行が遅れる場合がございます。ご了承ください。
6. 任意継続の保険証が届くまでに病院で全額払いをした方(保険外診療)は、療養費支給申請書を提出してください。

<保険料の納付方法について>

・保険料の負担は「10退職された日の翌日」の属する月から発生します。例えば、12月30日に退職した場合、12月分から納付することになります。

・前納:前納期間は年度を単位となります。最長で次の3月分までです。前納すると保険料が割引かれます。

【6ヶ月前納】6ヶ月単位に前納を希望される場合に選択してください。3月から8月に資格を取得した時の前納期間は次の9月まで、9月から翌年2月に資格取得した場合は次の3月までが納付期間となります。前納期間の最終月には次の6ヵ月分の前納納付書を送付いたします。

【12ヶ月前納】1年度分の前納を希望される場合に選択してください。資格を取得した時の前納期間は年度末(同年度の3月分)までとなります。次の3月には12ヶ月分(1年度分)の前納納付書を送付いたします。

<資格取得要件について> 下記の条件が全てあてはまらないと取得できません。

- ① 被保険者でなくなった日の前日までに、継続して2ヶ月以上の被保険者期間がある。
- ② 資格喪失後(退職日の翌日から)20日以内に申請し、退職後に保険証を返還している。
- ③ 初回保険料が健保が指定した日までに納付されていること。
(入金確認後、任意継続用の保険証を発行します)

お問合せ: 京都府京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1

アイフル健康保険組合 TEL:075-353-0211

HP:<http://www.aifulkenpo.or.jp/>

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------|
| 1 ※整理番号 | 100- | 受付日付印 | |
| 2 退職時の健康保険証の記号・番号 | | | |
| 3 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 日 |
| 4 申請者氏名 | (フリガナ) | 5 性別 | 13 社員番号 |
| | | 男・女 | |
| 6 申請者の住所 | (フリガナ) | | |
| | 〒 - | ※保険証や保険料納付書の送付先となります。郵便番号、番地、マンション名等を省略しないで下さい。 | |
| 7 電話番号 | 自宅Tel: | 携帯Tel: | |
| 8 被扶養者の有・無 | あり なし | ※「あり」に○を付けたときは、下の「被扶養者届」を記入してください | |
| 9 最後に被保険者として勤務されていた事業所 | 会社名: | 所属名: | |
| 10 最後に被保険者の資格を喪失した年月日(退職された日の翌日) | 年 月 日 | ※標準報酬月額 | ※報酬、取得年月日 |
| | | | 千円 / / |
| 11 保険料納付方法 | 1.毎月 2.前納(半年分・4~9月、10~3月) 3.前納(1年分・4~3月) ※ここで指定の無い場合は「1.毎月」の納付とみなします。 | | |
| 12 現在、傷病手当金または出産手当金を | <input type="checkbox"/> 受けている (傷病手当金 ・ 出産手当金) <input type="checkbox"/> 受けていない | | |

※「」欄は記入しないでください。

健康保険 被扶養者届 (資格取得時)

- 任意継続被保険者の資格取得日に有する被扶養者のみ記入してください。
- 任継の資格取得と同時に扶養から外したい場合は、「※被扶養者を削除した日」に資格喪失日(退職翌日)を記入してください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となる場合は「(任継)被扶養者(異動)届」を提出してください。
- 任継の資格取得以降も遠隔地証をご希望の方は、「遠隔地被保険者証交付申請書」を提出してください。

| ア 被扶養者の氏名 | イ 生年月日 | ウ 性別 | エ 続柄 | オ 同居別居 | カ 被扶養者の年間収入 | ※被扶養者を認定(削除)した日 | ※認定の有・無 |
|----------------------------------------------|----------------|-------|------|--------|-----------------------|-----------------|---------|
| (フリガナ) | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 男・女 | 同・別 | 年金 万円 その他 万円 | 年 月 日 | |
| (フリガナ) | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 男・女 | 同・別 | 年金 万円 その他 万円 | 年 月 日 | |
| (フリガナ) | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 男・女 | 同・別 | 年金 万円 その他 万円 | 年 月 日 | |
| (フリガナ) | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 男・女 | 同・別 | 年金 万円 その他 万円 | 年 月 日 | |
| キ 被保険者に被扶養者でない配偶者を有する とき(夫婦共働き)は、配偶者の年間収入 | | | 万円 | | | | |

※納付書送付 月 日

※納付期限 月 日

※健保証送付 月 日