（申請者⇒事業所担当者⇒健保）

健保使用欄		
常務理事	事務長	担当

大京健康保険組合理事長　殿

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。

令和　　年　　月　　日提出

フリガナ		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
氏　名			
資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日　（**退職日の翌日**）		
退職後	住　所	（〒　　－　　）	
	電話番号	自宅：　　－　　－	携帯：　　－　　－

◆退職時に在籍していた会社

事業所名称（雇用元会社）		健康保険証記号・番号	記号　　番号
資格取得年月日（入社年月日）	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	退職年月日	令和　　年　　月　　日

◆被扶養者の情報　（在籍時より引続き被扶養者として申請する方を下記にご記入ください。）

※扶養認定基準を満たしていない場合、扶養継続できません。扶養削除申請が必要です。

氏　名	性別	生年月日	続柄	職業 年間収入額	同居または別居
	男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		（　　万円）	同居・別居
	男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		（　　万円）	同居・別居
	男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		（　　万円）	同居・別居
	男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		（　　万円）	同居・別居

◆被保険者本人の口座情報　（給付金等の支給が発生した場合の振込口座となります。）

銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義
銀行ｺｰﾄﾞ：　　銀行 信用金庫	支店ｺｰﾄﾞ：　　支店 出張所	普通 当座		ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名

◆２回目以降の保険料納付方法　※初回保険料は指定期日までに納付してください。　※自動引落はできません。

（納付方法を選択し、☑してください）　※前納割引・・・年4分の利率（複利現価法）で割引されます。

☐ **毎月払い**

☐ **半年前納（年2回払い）** ⇒ 4月分（又は任継加入月の翌月分）～9月分、10月分（又は任継加入月の翌月分）～翌年3月分

☐ **一年前納（年1回払い）** ⇒ 4月分（又は任継加入月の翌月分）～翌年3月分

【加入条件】
- 資格喪失日の前日まで継続して2ヶ月以上被保険者であったこと。
- 在職中に保有していた被保険者証が返納されること。
- 資格喪失日より20日以内に申請されること。（事業所経由で健保必着）
- 資格喪失日より20日以内に初回保険料が納付されること。

【注意事項】

次の事由以外では資格を喪失（脱退）することはできません。
- 任意継続被保険者となった日から２年を経過したとき。
- 保険料を納付期日までに納めなかったとき。
- 再就職等により他の健康保険の被保険者となったとき。
- 後期高齢者医療制度の被保険者となったとき。
- 被保険者が死亡したとき。
- 資格喪失の希望を申し出て当組合が受理したとき。

＜健保処理欄＞　　〔受付日付印〕

標準報酬月額		被保険者証回収日
退職時	千円	令和　　年　　月　　日
上限額	千円	保険料入金
決定額	千円	令和　　年　　月　　日 （　　円）
備考		

任意継続被保険者 記番号
900　－
資格取得日
令和　　年　　月　　日
資格喪失予定日
令和　　年　　月　　日