

承認印	担当者	経理

任意継続被保険者資格取得申請書

勤務時に使用していた被保険者等記号番号		資格取得年月日		資格喪失年月日		喪失時勤務先	名称	
記号	番号	昭和 平成 令和 年 月 日		※退職日の翌日 令和 年 月 日			所在地	
フリガナ		性別 男 女	生 年 月 日		被扶養者 1. 有 (名) 2. 無	居 住 所		〒
氏 名			昭和 平成 年 月 日			住 民 票 住 所		TEL ()
個人番号(マイナンバー)								〒
備考欄						資格確認書発行要否	1. 発行が必要 (マイ保険証のない方) 2. 不要	申請代行者印 本人でない方が手続に来る場合押印してください。
給付金等受領の為の預金口座 (※保険料自動引き落としの口座ではありません。)							保険料納付方法 (振込) 希望の納付方法に○をつけてください	
銀行 信用金庫 信用組合		支店		口座番号	1. 普通 2. 当座			1. 1ヶ月毎の納付 2. 6ヶ月分前納 (半期) 3. 12ヶ月分前納 (全期)
		店番号		口座名義	フリガナ.....			
				必ず本人名義				

令和 年 月 日 上記の通り申請します。

東京紙商健康保険組合理事長 殿

※この欄は記入しないで下さい。

被 保 険 者 証		標準月額報酬 (単位千円)		資格期間	資格期間確認済	納 付 方 法 変 更		
記号	番号	資格喪失時	組合平均	資格喪失予定日	~	1 毎月	2 半年	3 年払
7777				令和 年 月 日	~	1 毎月	2 半年	3 年払
前納分		入金済み	納付書手渡し	調定登録		済		

《注意事項》

1. 加入には、資格喪失日（退職の翌日）前、継続した被保険者期間が2ヶ月以上必要です。
2. **資格喪失日から20日以内に必ず手続きしてください。この期間を過ぎると受付られません。**
地方にお住まいの方等、当健保に本人が来所できない場合は、代理の方が手続きしてもかまいません。
3. 任意継続被保険者の資格期間は、原則として2年間です。
4. 保険料は退職時の標準報酬月額によって決められ、全額本人負担することになります。
ただし、最高限度額は当組合の平均標準報酬月額になります。
5. 被保険者資格の喪失は、次の場合に限られています。
 - (1) 任意継続被保険者の資格期間が満了となったとき
 - (2) 被保険者が死亡したとき
 - (3) 保険料を納付期日までに納付しないとき（**毎月10日までに当健保口座に着金**…金融機関が休日となる場合は翌日）
 - (4) 他の健康保険（全国健康保険協会、組合健康保険等）の被保険者となったとき
 - (5) 後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
 - (6) 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を当健保に申し出たとき（申し出た月の翌月1日に喪失）
6. 扶養家族のある方は、被扶養者届（要添付書類）をあわせて提出してください。
7. 保険料について
 - (1) **納付期日までに保険料を納入しないと自動的に資格が無くなります。納付期限日の翌日以降に取っても資格は継続しませんので充分注意してください。**
 - (2) 保険料は自動引き落としではありません。そのつど納付書で収めていただきます。
 - (3) 加入手続きの際には、加入該当月より保険料を納入していただきますので、保険料のご用意をお願いします。
（手続きの時期により2ヶ月分を一度に納入していただく場合もございます）
 - (4) 保険料は年度ごとに一括して前納することもできます。
 - (5) 保険料は保険料率に変更がない限り2年間変わりません。
8. 記載注意事項
資格確認書発行要否欄は資格確認書が必要な場合、発行が必要にを入れてください。以下に該当する場合に限りです。
 - (1) マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 - (2) マイナンバーカードを有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 - (3) マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

*退職された事業所より被保険者資格喪失届が提出されていない場合は、処理（受付）ができませんのでご確認のうえお願いします。

お問い合わせ 業務課 03-3666-2522