

※申請書は資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に提出してください。

常務理事	事務長		担当

◆退職後の保険料は在職時の約2倍となります。（保険料率の変更により変わる場合があります。）
国民健康保険の保険料と比較検討のうえ申請してください。
※国民健康保険料はお住まいの市区町村の国民健康保険窓口にご確認ください。

任継 記号	100	※番号 (健保使用欄)	※記入しないでください。
----------	-----	----------------	--------------

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

◆私は別紙留意事項を確認のうえ、下記の通り申請します。				▼(例) 3/31退職の場合は、4/1喪失となります。				
勤務していた時に使用していた 記号・番号		記号	番号	資格喪失年月日 (※退職日の翌日)	令和	年	月	日
氏名 ※住民票と 同一の氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和	年	月	日
				性別	1. 男 2. 女			
住所	居所 (書類等送付先)	(〒 -) 都道 府県						
	住民票住所	(〒 -) ※上記の居所と同じ場合は記入不要 都道 府県						
電話番号	自宅 ()	携帯 ()	←※必ず記入してください。					
メールアドレス (携帯可)								
勤務していた 事業所	名称				所在地			
備考								

取得月以降の 納付方法を ご選択ください。	<input type="checkbox"/> ①毎月払い	<左記②・③について> ・前納期間は、4～9月・10～翌年3月までの半期、4～翌年3月までの年一括の期間が基本となり、 取得月の翌月の保険料からとなります。 (取得する時期により期間に違いがあります。また保険料が割引(年4%複利現価法による)になります。) <注意事項> ・前納保険料の納付期限は任意継続の資格取得月の末日となります。喪失日及び申出の手続き時期に よってはお受けできない場合もあります。 ・毎月払いの納付期限は当月の10日になります(入金いただくと翌月10日まで資格が発生します)。 ・選択のない場合は、毎月払いとさせていただきます。
	<input type="checkbox"/> ②年一括前納	
	<input type="checkbox"/> ③半期前納	

保険給付金の 受取口座	金融機関名			本・支店名		店番号
	銀行・信金 郵便局			本店 支店		
	口座種別	1.普通 2.当座	口座番号 (郵便局は記号番号)	口座名義 (カタカナ)		

《保険料の納付誓約》

指定された納付期日までに必ず納付することを誓約します。なお違約した場合は、健康保険法第38条第3号(保険料を納付期日までに納付しなかったときは被保険者の資格を喪失する)に基づき資格を喪失しても異議申し立て致しません。

氏名 _____

※納付期限までに初回保険料が納付されなかった場合、任意継続の資格が取り消されますのでご注意ください。

【送付先及び問い合わせ先】
〒559-0011 大阪府大阪市住之江区北加賀屋5-2-7
サノヤス健康保険組合
TEL.06-6655-0551