

理事長	常務理事	事務長	発議

### 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内は記入しないでください

任継続被保険者 記号番号	780-	資格取得年月日	年 月 日	標準報酬月額	千円
-----------------	------	---------	-------	--------	----

申請者記入欄	①申請者について	記入日	年 月 日		被保険者証等記号番号 又は個人番号	昭和 年 月 日			
		氏名			生年月日				
		住 所	住民票住所	〒				住所相違理由	
			居所住所	〒				1、単身赴任 2、その他 ( )	
		□ 同上	↑ 住民票住所と居所住所が同じ場合は✓し、居所住所の記入不要。住民票住所と居所住所に相違がある場合は理由を記載。 ※郵送物は、居所住所に送付します。						
	連絡先	日中連絡の取れる電話番号			FAX番号				
					メールアドレス				
	②保険給付金振込口座	銀行名	銀行	口座種別	普通 ・ 当座				
		支店名	信用金庫	口座番号					
			支店	口座名義					
③保険料納付方法(選択制)	a. 年払い ・ b. 半年払い ・ c. 単月払い								
④備考				⑤資格確認書の発行要否	発行が必要 <input type="checkbox"/>				
事業所記入欄	資格喪失年月日	年 月 日		資格喪失の際の標準報酬月額	千円	退職理由	1. 自己都合・定年 2. 会社都合		
	資格喪失の際使用されていた事業所	名称	所在地						

引き続き被扶養者申請を希望される方のみ下記枠内にご記入ください

\*被扶養者申請される方の年間収入が130万円以上

(19歳以上23歳未満の場合は150万円以上、60歳以上または障害厚生年金受給者の場合は180万円以上)の場合は被扶養者になれません。

被扶養者届	氏名	性別	生年月日	続柄	同居・非同居	収入有・無	資格確認書発行要否
	フリガナ	男・女	年 月 日		1. 同居 2. 非同居	1. 有り( )千円/月	発行が必要 <input type="checkbox"/>
	2. 無し						
フリガナ	男・女	年 月 日		1. 同居 2. 非同居	1. 有り( )千円/月	発行が必要 <input type="checkbox"/>	
					2. 無し		
フリガナ	男・女	年 月 日		1. 同居 2. 非同居	1. 有り( )千円/月	発行が必要 <input type="checkbox"/>	
					2. 無し		
フリガナ	男・女	年 月 日		1. 同居 2. 非同居	1. 有り( )千円/月	発行が必要 <input type="checkbox"/>	
					2. 無し		

上記のとおり申請します。 フジ日本健康保険組合理事長殿

受付年月日

【注意】

- ・申請書は、被保険者資格を喪失した日から、20日以内に提出してください。
- ・③でa,bを選択された場合でも、取得手続きの時期によっては申し出に添えず、次回の前納期間まで単月払いとなる場合がございます。
- ・喪失日から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した理由を④備考欄に記入すること。
- ・⑤資格確認書発行要否欄・発行が必要に☑を入れる方は以下に該当する方に限ります。
  - ・マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを返納した方
  - ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方、利用登録を解除申請した方、利用登録解除者
  - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方



## ●ご確認

### (1) 加入手続き

- ・申請書の申請者記入欄に必要事項を記入・捺印の上、退職日の翌日から2週間以内に健康保険組合へ提出してください。
- ・被扶養者届の収入は、給与収入のほかに、各種年金収入、事業収入、不動産収入、利子収入、配当収入、雑収入、傷病手当金、失業給付、その他継続性のある収入を含みます。

### (2) 保険料は全額自己負担になります。

### (3) 脱退条件

次の①～⑥のいずれかの条件に該当する場合は脱退することになります。

なお、下記いずれかの事由(①は除く)に該当する場合は、必ず健康保険組合までご連絡願います。

①任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき。

②被保険者が死亡したとき。

③保険料を納付期日(毎月10日)までに納付しなかったとき。

④会社や団体などに再就職し、その被保険者となったとき。

⑤任意継続被保険者でなくなることを希望するとき

⑥後期高齢者医療制度の対象となる満75歳になったとき。

または、65歳以上で市区町村(広域連合)より一定以上の障害があると認定を受けた場合で、後期高齢者医療制度の繰り上げ適用を選択したとき。

(注1) 保険料を納付されている期間中に脱退条件(①・③は除く)に該当した場合は、申請書に記載された振込口座に還付します。

(注2) 就職の際は、就職先の「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」のコピーが必要となります。

(注3) 上記の脱退条件に該当し被保険者資格を失った際、有効な「資格確認書」(ご家族分を含む)をお持ちの場合は、必ずご返却ください。

◎誓約書 ※内容を十分ご確認いただき、署名、捺印をお願いします。

#### <誓約書>

- ・上記の「ご確認事項」を理解し、取得の申請をいたします。
- ・初回保険料を納入期限までに納入しない場合は、加入の取消を了承いたします。
- ・加入取消の場合や、脱退条件に該当の場合は、速やかに申し出いたします。
- ・資格を喪失した際、有効な資格確認書を有している場合は速やかに返却し該当日より一切使用いたしません。万一、資格確認書等を使って診療を受けた場合、医療費の健保負担分を返還いたします。
- ・フジ日本健康保険組合より支給を受ける給付金や還付金については、申請書に記載された振込口座への振込をもって、支給を受けたものとして了承いたします。

年 月 日

署 名