健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申請書

常務理事	事務長	事務長代行	業務課長	係長	係

【資格取得要件について】
◇ 被保険者の資格喪失日の前日までに、継続して２箇月以上の被保険者期間があること。
◇ 資格喪失日（退職日の翌日）から２０日以内（健保組合必着）に申請しなければならないこと。ただし、初回保険料を当組合が指定する日までに納付しない場合は、資格を取り消します。
◇ 標準報酬月額上限額は、「３８０千円」です。

記号		番号	

資格喪失年月日（退職日の翌日を記入）	令和　　年　　月　　日	資格喪失時の標準報酬月額	千円
資格喪失日前まで被保険者として使用されていた事業所	名称		
	住所		

※ 決定番号	
※ 決定標準報酬月額	千円
※ 資格喪失日前まで被保険者として使用されていた事業所での資格取得年月日	昭・平・令　　年　　月　　日

保険料納付方法等について

組合の名称	伊藤忠連合健康保険組合	保険料納付方法	希望する番号をご記入ください。 ☐ 1.口座振替（各月納付のみ）　2.各月納付　3.半期前納　4.全期前納 「1.口座振替」を希望される方は、「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」の提出も必要です。

引き続き被扶養者として加入を希望する場合のみご記入下さい。

	被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	住民票住所（被保険者の住所と異なる場合ご記入下さい）	資格確認書の発行を希望する場合は ☑
①		男・女		昭・平・令　年　月　日		☐ 資格確認書の発行を希望
②		男・女		昭・平・令　年　月　日		☐ 資格確認書の発行を希望
③		男・女		昭・平・令　年　月　日		☐ 資格確認書の発行を希望
④		男・女		昭・平・令　年　月　日		☐ 資格確認書の発行を希望
⑤		男・女		昭・平・令　年　月　日		☐ 資格確認書の発行を希望

給付金等の振込み口座（当組合より給付金等を振込みする際に使用いたしますので本人名義の口座をご記入ください。）

銀行名		支店名	
銀行ｺｰﾄﾞ		支店番号	
口座番号	（普）	ﾌﾘｶﾞﾅ 名　義	

上記のとおり申請します。

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿　　令和　　年　　月　　日

被保険者	氏　名		生年月日	年　月　日生（満　歳）	資格確認書の発行を希望する場合は ☑
	住　所（住民票住所）	〒　　ー　　TEL　　（　　）			☐ 資格確認書の発行を希望
	送付先住所	住民票住所と異なる場合のみご記入下さい 〒　　ー　　TEL　　（　　）			

【保険証発行までの流れ】
申請書を送付／ＦＡＸ⇒ 在職時の保険証を事業所へ返却 ⇒ 事業所が喪失届と保険証を当組合宛送付
⇒ 喪失の処理後、新保険証・納付書・案内文を送付

◇ ※印欄は、記入しないでください。
◇ この申請書は、FAX送信（03-3662-9955）でもかまいません。
◇ 申請に関してわからないことがある時は、業務課（03-3662-9951）までお問い合わせ下さい。
◇ 【保険料前納制度について】
（１）保険料の前納期間…４月から９月まで若しくは１０月から翌年３月までの６月間又は、４月から翌年３月までの１２月間を単位として前納することができます。
例えば、６月１日に資格取得する場合は、７月から９月まで若しくは１０月から３月まで、又は、７月から翌年３月までの９月間を前納することができます。
（資格取得月（今回の例では６月）分は前納できません）
（２）前納割引…前納期間の各月に年利4.0%の複利現価法により算出された額。

受付印

（適用24）