

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失の際使用された事業所	健康保険被保険者証の				事業所の 名 称					
	記 号		番 号							
	資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日				標準報酬 月 額				
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日									
生年月日	昭・平 年 月 日			年齢 歳	性別 男・女	被扶養者 の有無	有・無			
1000	標準報酬月額 千円			円	前納 年 半 月 () (次年度納付方法 一年・半年・各月)					

※ の欄は、記入しないでください。

この度、私は2年間産業機械健康保険組合の任意継続被保険者となることを希望し健康保険法の定め通り、標準報酬月額に基づく保険料を納付期限までに必ず支払います。納付期限までに支払わなかったときは、健康保険の資格喪失になることを了承のうえ上記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

(フリガナ)

氏 名

TEL (自宅)

— —

TEL (携帯)

— —

① 申請者の書類送付先住所 (住民票住所と異なる場合は下記②欄に住民票住所をご記入ください)

〒 —

② 住民票住所

〒 —

(注 意)

1. この申請書は資格喪失の日から**20日以内(組合必着)**が提出期限となります。
2. 申請の際は同時に、取得月の保険料を納入してください。取得時の保険料は、現金のみの取り扱いとなっておりますので、現金書留で当組合宛てにご郵送ください。申請日によっては2カ月分の保険料を納入していただく場合もありますので、申請前にご確認ください。40歳以上65歳未満の方は、介護保険料も必要です。
3. 保険料の納付方法は月払いと前納の2種類ありますが、前納は年度途中で資格取得した場合に資格取得月の翌月分から当年9月分または翌年3月分までを資格取得月の月末(休日等の場合翌営業日)までに一括で納めることにより割引(約1~2%)が適用されます。詳しい金額等は組合までお問い合わせください。
4. 算定基礎届等の届出状況により、保険料の還付若しくは追加納付が発生する場合がございます。
5. 被扶養者のいる方は、被扶養者異動届を添付してください。異動届は、当組合ホームページよりダウンロードできますのでご利用ください。
6. 被保険者以外の方が申請手続きされる場合は、委任状が必要となります。

【送付・問い合わせ先】