

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 | 部長 | 副部長・次長 | 担当者 |
| | | | | |

※太枠内のみ楷書で正しく記入してください

申請日： 年 月 日

| | | |
|---------|---------|------------|
| 被保険者証番号 | 初回納付保険料 | 初回分保険料納付期限 |
| | 年 月 分 | 年 月 日 |

| | | | | | | | | |
|--|--------------|----------------|----------------|-------|--|---|-------|---------------|
| 申請者 (被保険者) | 氏名 | 性別 | 生年月日 | | 退職時の 情報(*) | 事業所名称 | 事業所記号 | 被保険者証番号 |
| | フリガナ | 男・女 | 昭和 平成 | 年 月 日 | | 標準報酬月額 | 資格取得日 | 資格喪失日(退職日の翌日) |
| 住所 連絡先 | 〒 - 電話番号 () | | | | 千円 | 昭和・平成・令和 | 令和 | |
| | | | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | | | | *「事業所名称」「事業所記号」「被保険者証番号」は必須、それ以外でご不明な箇所は未記入でも構いません。 | | | |
| 被扶養者 届 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 | 保険料の 納付方法 | [いずれかの番号に○をしてください。ただし、初回納付分は納付書による振込になります。] | | |
| | | 男・女 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | | 1. 毎月納付 (納付書により毎月振込) | | |
| | | 男・女 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | | 2. 毎月納付 [口座振替] → 「預金口座振替依頼書」を添付してください。 | | |
| | 男・女 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | | 3. 半期前納 (初回分の翌月～9月分または3月分まで。最長6か月分一括振込納付。) | | | |
| | | | | | | 4. 通期前納 (初回分の翌月～3月分まで。最長1年分一括振込納付。) | | |
| (被扶養者について) | | | | | (申請時の留意点、申請後の流れ) | | | |
| ◇ 退職時に被扶養者の認定を受けている方で、引き続き被扶養者として申請をする方のみ「被扶養者届」欄に記入してください。 ※記載がない場合は被扶養者として認定できません。 | | | | | 1. 任意継続被保険者の申請には、 ①資格喪失日の前日までに「継続して2か月以上の被保険者期間」があること ②この申請書を資格喪失日から「20日以内」に労金健保へ提出(必着)することの二つの要件を満たすことが必要です。 ※20日を経過した場合、申請書を受理することができません。 | | | |
| ◇ 被扶養者については認定の再審査を行うことがあります。再審査が必要となる場合は、こちらから連絡をいたしますので、申請時に確認書類等の添付は必要ありません。 | | | | | 2. 事業所から提出される資格喪失届と被保険者証の返却を確認した後に、この申請書の手続きを行い、新しい被保険者証と初回分の保険料納付書等を記載の住所へ郵送します。 | | | |
| 【提出先・お問い合わせ先】 〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階 全国労働金庫健康保険組合 業務部 TEL 03(5217)3162 | | | | | 3. 保険料納付書に記載の期限迄に保険料を納めることで、任意継続の資格取得となります。 ※ 初回納付期限迄に納付されない場合は、申請(任意継続資格)は自動的に取消となり、送付された被保険者証を医療機関等で使用すると不正使用になりますので、ご注意ください。 | | | |

受付日付印