

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	担当者

◆提出期限：資格喪失の日（退職日などの翌日）から20日以内
《提出先》〒 650-0034 神戸市中央区京町 7 7 番地の 1 神栄健康保険組合

健康保険被保険者証の記号及び番号				被保険者の氏名	
記号 (新No)	()	番号	()	生年月日	年 月 日
勤務していた事業所名					
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)		年 月 日		資格喪失の際の 標準報酬月額	千 円
(退職後の) 住 所		〒 TEL ()			
保険料納付単位		1. 月払い 当月分の保険料は、その月の10日までに振込納付してください。 2. 半年前納 初回：加入月から9月または3月までの累計分を振込納付してください。 3. 一年前納 初回：加入月から3月までの累計分を振込納付してください。			
給付金等の 振込先金融機関		当座 銀行 支店 普通 (No.) ※指定できる口座は、被保険者名義の口座に限ります。			

承 諾 書

私は、次の事項を理解・承諾した上で任意継続被保険者制度の加入手続きを行います。

項 目	内 容
加 入 期 間	加入期間は退職日の翌日から継続して最長2年間です。
保険料の納付	取得月分保険料が納付期限日までに納付されなかった場合、資格は喪失されます。
連絡先等変更 の場合	被保険者（本人）の住所や連絡先および口座（統廃合含む）が変更になる場合は、速やかに神栄健康保険組合へご連絡ください。
資格喪失条件	①資格取得日から2年経過したとき ②他の健康保険組合の被保険者になったとき（就職したとき） ③亡くなったとき ④保険料を納付期限（原則毎月10日）までに納めなかったとき ⑤後期高齢者医療制度の対象となったとき（満75歳以上または65歳以上で認定を受けた方） ⑥被保険者からの申出があったとき
資格喪失後の 被保険者証	資格喪失後の健康保険被保険者証は、資格喪失後5日以内にご返却ください。

※提出日および被保険者氏名欄に自署し「健康保険被保険者証」と一緒に提出してください。

神栄健康保険組合 御中

年 月 日

被保険者氏名 (自署)

受 付 印