

同 年 月 日	令 和	年	月	日
決 議 年 月 日	令 和	年	月	日

常務理事	事務長	担当者

資 格 取 得 日	昭・平・令	年	月	日
資 格 喪 失 日	令 和	年	月	日
退職時標準報酬月額				円
任意継続資格取得日	令 和	年	月	日

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

申請日： 令和 年 月 日

被保険者	被保険者証の記号番号	記号 番号	申請者の氏名	社員NO
			生年月日	昭・平 年 月 日
				退職日 令和 年 月 日
現住所	〒			(電話)
退職後の住所	〒			(電話)
給付金等の振込先				
支払金融機関	金融機関名			支店名
	預金種目	普通・当座		口座番号
	口座名義	(カナ) (漢字)		*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。
希望する支払方法の番号を1つ○で囲んでください。				
保険料納付方法	①毎月支払	毎月10日まで右の方法で支払います。		1 健保へ現金持参 2 健保指定口座へ振込 3 預金口座自動引落し
	②6ヶ月前納	年2回3月、9月の各末日まで右の方法で支払います。		1 健保へ現金持参 2 健保指定口座へ振込
	③1年前納	年1回、3月末日まで右の方法で支払います。		1 健保へ現金持参 2 健保指定口座へ振込
※②③の前納は取得月により初回保険料が異なりますので、健保より送付される「決定保険料通知」によりお振込ください。				
誓約書				
私は「オカムラグループ健康保険組合任意継続被保険者制度」への加入申込みに際し、下記誓約いたします。 なお、下記事項に反することがあったときは、被保険者資格を喪失されても異議申立てはいたしません。				
1) 所定の保険料は、期日までに所定の方法で遅滞なく支払うこと。 2) 被保険者資格喪失の際は、速やかに被保険者証を返納すること。 3) 住所、振込口座、被扶養者、その他変更があったときは速やかに届け出ること。 4) その他、貴組合が示した組合規則、組合からの指示に従うこと。				
上記の誓約書に基づき加入を申請いたします。				
氏名				印

受付印

※申請に当たっての留意事項

- 申請期限：退職の翌日から起算して、20日以内に健保へ申請してください。
- 加入期間：退職後2年間です。
- 被扶養者：退職前の被扶養者は、別途、扶養家族の申請を行えば引き続き被扶養者とすることができます。
- 被保険者証：被保険者証は、第一回目の入金が確認された時点で作成しご自宅宛郵送いたします。
- 喪失事由：健康保険任意継続の脱退事由は、以下の場合のみに限られますのでご注意ください。
 - 加入後2年が経過したとき
 - 適用事業所で被保険者となったとき
 - 保険料納付期日(毎月10日)までに保険料を納付しないとき

健保1-070-0