

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

令和 年 月 日 提出

健康保険証の		被保険者の氏名		被保険者の生年月日	
記号	番号			昭和・平成 年 月 日	
被保険者の連絡先					
〒 - (自宅) () (携帯番号) ()					
メールアドレス:					
資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)
資格喪失の際勤務 されていた事業所名					
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	住 所	
		昭・平・令 年 月 日			
		昭・平・令 年 月 日		□同居 □別居	
		昭・平・令 年 月 日		□同居 □別居	
保険料の納付方法 ☑選択してください		□年払		□半年払	
国民健康保険の保険料確認および 任意継続と金額比較後、☑をしてください。		□国民健康保険の保険料を確認および金額比較のうえ、任意継続申請書を提出します。			
健康保険給付金等の振込先 (ゆうちょ銀行除く) 健保組合からの振込に必要です。 本人名義の口座を記入してください。		フリガナ	金融機関名	口座の種別	普通・当座・貯蓄
		フリガナ	支店名	口座番号
		フリガナ	口座名義		

【注意事項】

- この届書は資格喪失日より20日以内にご提出してください。
- 16歳以上の被扶養者を引き続き申請する場合は、**必要書類を添付してください。**
必要添付書類については、健保HPをご参照ください。 健保HP HOME→退職したとき→「引き続き当組合に加入したいとき」
- 連絡先の自宅電話番号および携帯番号は必ず記入してください。メールアドレスが無い場合は、記入不要です。
- 任意継続の場合、在職中とは異なり会社負担がありませんので、全額自己負担となります。
退職時のご自身の標準報酬月額に保険料率を乗じた金額が1ヶ月分の任意継続保険料とします。
(直近の給与明細の健康保険+介護保険を参考にしてください。)
※任意継続制度に加入する前に、国民健康保険の保険料・保険給付内容と比較・検討のうえ任意継続を申し込みください。

健 保 記 入 欄	資格喪失の際の 標準報酬月額	納付方法
	千円	毎月・半年・年払

事業所人事担当者

※在職時に申請する場合は、事業所人事担当者の押印をお願いします。

スタンレー電気健保HP ☎ <https://www.stanley-kenpo.or.jp/>