

常務理事	事務長	担当者	No	

任意継続被保険者資格取得申請書

<p>① 申請時 確認事項(内容をご確認の上、署名をしてください)</p> <p>任意継続の申請にあたり、別紙「任意継続被保険者制度のご案内」を精読し、以下内容を理解した上で申請します。</p> <p>任意継続被保険者資格が喪失する事由(健保法第 38 条)</p> <p>(1) 任意継続の被保険者期間が満了となったとき (資格取得日より 2 年)</p> <p>(2) 再就職して他健康保険の被保険者となったとき</p> <p>(3) 保険料が納付期日までに納付されないとき (初回は健保が定める日及び 2 回目以降は毎月 10 日<土日祝祭日の場合は翌営業日>)</p> <p>(4) 死亡したとき</p> <p>(5) 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を当健保組合に申し出たとき (その申出が受理された日の属する月の翌月 1 日に資格を喪失する)</p> <p>尚、コスモスイニシアグループ健康保険組合から保険料納入の連絡や督促が行われないことを承知して、申請者の責任において保険料の納入を行います。 万一納付期日までに保険料を納入せずに資格喪失になっても異議申し立ていたしません。 また、コスモスイニシアグループ健康保険組合から資格喪失後の受診に係る医療費等の請求があった場合は速やかに納入いたします。</p> <p style="text-align: center;">〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p style="text-align: center;">署名 健保 太郎</p>	②被保険者証 No (在職時の保険証)	記号 00	番号 0000	
	③資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 00 年 00 月 00 日		
	④退職した会社名	株式会社0000		
	⑤被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ		
		健保 太郎		
	⑥生年月日	昭和 平成 令和	00 年 00 月 00 日	00 歳
	⑦住所	フリガナ 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ		
		〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
	⑧電話番号	000 - 000 - 0000		
	⑨メール アドレス	0000@00. 00. 00		
⑩保険料納付方法 ※いずれか選択	<input checked="" type="radio"/> 毎月払 ・ <input type="radio"/> 半期前納 ・ <input type="radio"/> 全期前納			
⑪保険給付金 振込銀行 (本人名義)	〇〇 銀行		〇〇 支店	
	口座番号	普通	0 0 0 0 0 0 0	
	口座名義	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		

【注意事項】

- 太枠内の①~⑪全てご記入ください。
- ※ ①の署名欄は無記入の場合、別途書類をご提出いただきます。
- ※ ⑩は別紙「任意継続被保険者制度のご案内」を確認のうえ、いずれかを選択してください。
- ※ ⑪は一部負担還元金、家族療養付加金などがあった場合、お振込みする口座です。保険料引落しの口座ではありません。
- 在籍時に扶養していた家族を引き続き扶養したい場合は、再審査となりますので、「被扶養者届(異動届)」「被扶養者 状況届」及び各種証明書類の提出が必要です。
- 健保到着が退職後 20 日を過ぎた場合はこの申請書を受付できません。この申請書を受理後に健保より、保険料のご案内を郵送いたします。万が一通知が届かない場合は、健保までご連絡ください。
- 指定の納入期限に 1 日でも遅れますと、任意継続の資格はなくなります。

※ 本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。