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 | 課長 | 担当 |
|  |  |  |  |

(任意継続被保険者となるとき)

★重要事項★～必ずお読みの上、下枠の□に✔をしてください。✔のない場合受付できません。～

１.退職後に引き続き小田急グループ健保に加入を希望する場合は、この申請書を退職日の翌日から２０日以内に小田急グループ健保まで提出してください。（健保必着）

２.退職後に国民健康保険に加入、または１日も空くことなく新しい勤め先で健康保険に加入することが決まっている方は、この申請書は提出しないでください。

３.保険料は会社負担分を合わせた全額が自己負担となります。国民健康保険と異なり、前年度収入額の増減による保険料の見直しはありません。

４.保険料の納付について、初回は納付書をお送りしますので、記載金額を当健康保険組合の指定口座へ振り込んでください。なお、初回から口座振替は行っておりません。振込が確認できない場合は任意継続の資格取得は取り消しとなります。

５.医療費のお知らせ等は、小田急グループ健保ポータルサイト「マイページ」にて公開します。紙媒体での交付は、致しかねますので、退職前に閲覧できるようご登録をお願いいたします。

６.令和６年１２月２日以降カード保険証の新規発行は行いません。マイナ保険証使用を利用していただくことになります。マイナ保険証によるオンライン資格確認（医療機関の受診）を受けることができない場合は、申出により「資格確認書を交付しますので「資格確認書（再）交付申請書」を合わせて提出してください。

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

□ 重要事項について了承しました

提出日：令和 年 月 日

重要事項について了承しましたので、下記のとおり、申請いたします。

申請者記入欄※裏面をお読みの上記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①  退職前の保険証 | 記号 | |  | | |  | |  | | 番号 | |  | |  | | |  | |  | |  | | ②  退職した事業所 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③  被保険者氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ④  生年月日 | | | | | | | | 昭和  平成 　　年　　　月 　日 | | | | | | | | | | | | | ⑤  年齢 | | | | 歳 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥  資格喪失日  (退職の翌日) | 令和 　　　年 　　　月 　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑦  資格確認書の要否 | | | | | | | | | □発行が必要 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧  納付方法 | 希望する納付方法に必ず〇をしてください　※各手数料は自己負担となります | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １．毎月払（郵便局口座からの自動振替･・保険証とともに自動払込利用申込書を送付します。郵便局窓口に提出してください）  ２．半年一括払（加入月～直近9月又は3月）  ３．年間一括払（加入月～翌年3月）  ※１は、自動振替手続申し込みが確認できるまで、毎月納付書をお送りします。忘れずに納付してください。  ※２．３の一括払いは、振込手続きのみ対応しています。都度納付書をお送りしますので、忘れずに納付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨  健保組合から給付金をお支払いする際の振込先  ※保険料の口座引落先ではありません。 | 銀行口座の場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行名 | | | | | | | | | | | | | | | 支店名 | | | | | | | | | | | | | | 店舗番号 | | | | | 種別 | | | 口座番号（右詰で記載） | | | | | | | | | | | |
| 銀行・労金  信金・信組 | | | | | | | | | | | | | | | 本店・支店  出張所 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | 普通 | | 当座 |  | |  |  |  |  | | |  |  | |  |
| 郵便貯金口座の場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 口座名義人　※銀行・郵便貯金口座共通で使用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通帳の記号・番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通帳記号 | | | | | | | | | | 通帳番号 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |
| ⑩  申請者住所  (郵送物が届く住所） | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪  住民票住所 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □⑩と同上 | | | | | |
| ⑫  申請者連絡先 | ℡ | | | 自宅　　　　　　　（　　　　）  携帯　　　　　―　　　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ﾏｲﾍﾟｰｼﾞ登録したｱﾄﾞﾚｽ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑬  被扶養者の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑭  続柄 | | | | | ⑮  生年月日 | | | | | | | | | | | ⑯  世帯別 | | | | | | ⑰  　　職業 | | | | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 昭和  平成　　　年　　月　　日  令和 | | | | | | | | | | | 同居・別世帯 | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 昭和  平成　　　年　　月　　日  令和 | | | | | | | | | | | 同居・別世帯 | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(健法第37条・健則第42条)

※　健保使用欄（記載しないでください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 任意継続被保険者資格取得日 | | | | | | 令和　　年月日 | | | 任意継続被保険者資格喪失予定日 | | | | 令和　 年　　月　　日 |
| 900 |  |  |  |  | 月額 | 千円 | | 介護保険料 | | 有・無 | 高齢受給者証発行 | | 本人・家族　　　枚 |
| 調定 | 初月№　　　　　　　　　　円□ | | | | | | 次月以降調定№　　　　　　　　　　　　　円□ | | | | | 資格確認書発行　　　　□ | |

記入方法

提出日欄

:この申請書を組合に提出(郵送の場合は投函)した日、または事業所健保担当者へ提出した日を記入

申請者記入欄

1. 被保険者証の記号番号
2. 退職時の会社名
3. 被保険者氏名
4. 生年月日
5. 年齢
6. 資格喪失日（退職日の

翌日）

1. 資格確認書の要否
2. 納付方法
3. 健保から給付金をお支

払いする際の振込先

1. 申請者住所
2. 住民票住所
3. 申請者連絡先
4. ～⑯被扶養者欄

:ご退職時の「保険証」の記号番号を、必ずご記入ください。

:在籍していた事業所の名称をご記入ください。

:フリガナはカタカナで正確にご記入ください。

:申請者(被保険者)の生年月日をご記入ください。

:申請者退職時の年齢をご記入ください。

:在籍していた事業所を退職した日の翌日をご記入ください。

:資格確認書の交付が必要か否か選択してください。

：毎月払いか一括払いを選択してください。

:銀行口座か、郵便貯金口座どちらか本人名義のものをご記入ください。

※保険料の引落口座ではありません。

:現在お住まいの住所(郵便物等を受け取ることが可能な住所)をご記入ください。

:現住所と相違がある場合はご記入ください。⑨と同様の場合は右枠の□に✓をご記入ください。

:健保から連絡が取れる番号・アドレスをご記入ください。

:被扶養者の氏名、続柄、生年月日、世帯別(被保険者と同居の場合は「同居」を、

別居の場合は「非同居」を○で囲む)、職業をご記入ください。

任意継続の制度について(必ずお読みください)

■加入要件

(１)資格喪失日の前日までに「継続して２ヶ月以上被保険者期間」があること。※任意継続期間と共済組合期間は除く

(２)資格喪失日から「２０日以内」に申請すること。※２０日目が土日祝日の場合は、翌営業日必着

■特徴

退職後、小田急グループ健保に引き続き最長２年間加入できる制度です(後期高齢に該当する方は加入できません)。

以下の事由のときは、任意継続の資格を喪失します。

(１)国民健康保険への切替やご家族の被扶養者として加入するため（任意脱退）

(２)就職等により被保険者として健康保険に加入したため

(３)保険料未納のため

(４)資格取得日から２年経過したため

(５)後期高齢者医療の被保険者になったとき。

(６)被保険者が死亡したため

■保険料

会社負担分を合わせた全額自己負担となります。

国民健康保険と異なり、前年度収入額の増減による保険料の見直しはありません。

退職時の標準報酬月額と任意継続被保険者の標準報酬月額の上限(注１)を比較し、低い方で保険料を決定します。

注１：前年の９月３０日時点における当組合の全被保険者の平均標準報酬月額

注２：この申請書を提出する前に、国民健康保険の保険料(お近くの役所でご確認ください)と、当組合の任意継続で加入した場合

の保険料を比較していただくことを推奨いたします。

■納付方法

(１)毎月払（郵便局自動振替）　加入月は申請者が金融機関にて振込。申請者自身が郵便局窓口にて、自動払込利用申込書を

　 提出し郵便局・健保双方の手続きが完了した月から毎月自動引き落としとなります。

手続きが確認できない場合は、毎月納付書をお送りしますので、忘れずに納付してください。

※納付期限までに納付確認できなかった場合、同月の１１日で資格喪失となります。

(２)半期・年間一括払い　　　　初回は、加入月と翌月以降の一括払い分を納付していただきます。２回目以降も納付書をお送

りしますので、納付期限までに金融機関で振込手続きを行ってください。

※前納納付期限までに納付確認できなかった場合、翌月に単月請求に切替えて請求します。それでも納付確認できない場合、

その月の11日で資格喪失となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当 |
| 記入例 |  |  |  |

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(任意継続被保険者となるとき)

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

★重要事項★～必ずお読みの上、下枠の□に✔をしてください。✔のない場合受付できません。～

１.退職後に引き続き小田急グループ健保に加入を希望する場合は、この申請書を退職日の翌日から２０日以内に小田急グループ健保まで提出してください。（健保必着）

２.退職後に国民健康保険に加入、または１日も空くことなく新しい勤め先で健康保険に加入することが決まっている方は、この申請書は提出しないでください。

３.保険料は会社負担分を合わせた全額が自己負担となります。国民健康保険と異なり、前年度収入額の増減による保険料の見直しはありません。

４.保険料の納付について、初回は納付書をお送りしますので、記載金額を当健康保険組合の指定口座へ振り込んでください。なお、初回から口座振替は行っておりません。振込が確認できない場合は任意継続の資格取得は取り消しとなります。

５.医療費のお知らせ等は、小田急グループ健保ポータルサイト「マイページ」にて公開します。紙媒体での交付は、致しかねますので、退職前に閲覧できるようご登録をお願いいたします。

６.令和６年１２月２日以降カード保険証の新規発行は行いません。マイナ保険証使用を利用していただくことになります。マイナ保険証によるオンライン資格確認（医療機関の受診）を受けることができない場合は、申出により「資格確認書を交付しますので「資格確認書（再）交付申請書」を合わせて提出してください。

重要事項の１～６全てをお読みいただき「重要事項について了承しました」の左の□に必ず✓を入れてください

□ 重要事項について了承しました

**✓**

重要事項について了承しましたので、下記のとおり、申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①  退職前の保険証 | 記号 | | １ | | | １ | | 1  資格確認書が必要な場合は、チェックしたうえで、交付申請書を併せて提出してください。 | | 番号 | |  | | １ | | | ２ | | ３ | | ４ | | ②  退職した事業所 | | | | | | | | 〇△◇×株式会社 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③  被保険者氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ④  生年月日 | | | | | | | | 昭和  平成 ６０年　　５月 ２３日 | | | | | | | | | | | | | ⑤  年齢 | | | | ３９歳 | |
| 健保　太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥  資格喪失日  (退職の翌日) | 令和 　　６年 　　４月 　　１日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑦  資格確認書の要否 | | | | | | | | | □発行が必要  **✓** | | | | 納付方法を指定してください。原則2年間変更できません。 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧  納付方法 | 希望する納付方法に必ず〇をしてください　※各手数料は自己負担となります | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １．毎月払（郵便局口座からの自動振替･・保険証とともに自動払込利用申込書を送付します。郵便局窓口に提出してください）  ２．半年一括払（加入月～直近9月又は3月）  ３．年間一括払（加入月～翌年3月）  ※１は、自動振替手続申し込みが確認できるまで、毎月納付書をお送りします。忘れずに納付してください。  ※２．３の一括払いは、振込手続きのみ対応しています。都度納付書をお送りしますので、忘れずに納付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨  健保組合から給付金をお支払いする際の振込先  ※保険料の口座引落先ではありません。 | 銀行口座の場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行名 | | | | | | | | | | | | | | | 支店名 | | | | | | | | | | | | | | 店舗番号 | | | | | 種別 | | | 口座番号（右詰で記載） | | | | | | | | | | | |
| OGK 銀行・労金  信金・信組 | | | | | | | | | | | | | | | 経堂　　　本店・支店  出張所 | | | | | | | | | | | | | | １ | | | ２ | ３ | 普通 | | 当座 | １ | | ２ | ３ | ４ | ５ | | | ６ | ７ | | ８ |
| 郵便貯金口座の場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 口座名義人　※銀行・郵便貯金口座共通で使用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通帳の記号・番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  銀行口座・郵便貯金口座どちらかを記入してください。口座名義人欄も忘れず記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通帳記号 | | | | | | | | | | 通帳番号 | | | | | | | | | | | | | | | | 健保　太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ９ | ８ | | | ７ | | ９ | | ８ | | ７ | | ９ | | ８ | | | ７ | | ９ | | ８ | | ７ | ９ | |
| ⑩  申請者住所  (郵送物が届く住所） | (ﾌﾘｶﾞﾅ)ﾄｳｷｮｳﾄｼﾌﾞﾔｸﾊﾂﾀﾞｲ1-47-1ﾆｼｼﾝｼﾞｭｸﾋﾞﾙ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒151-0061  保険証や納付書をお送りしますので、必ず受取ができる住所を記載してください。  東京都渋谷区初台１－４７－１　西新宿ビル２Ｆ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪  住民票住所 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒⑩と相違がある場合は必ず記載してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □⑩と同上  ✓ | | | | | |
| ⑫  申請者連絡先 | ℡ | | | 自宅　03（3372）3861  携帯　090　―　1234　―　5678 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ﾏｲﾍﾟｰｼﾞ登録したｱﾄﾞﾚｽ | | | ABCDEFG@email.com | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑬  被扶養者の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑭  続柄 | | | | | ⑮  生年月日 | | | | | | | | | | | ⑯  勤務先のﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽは登録しないようご注意ください  世帯別 | | | | | | ⑰  　　職業 | | | | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)ｹﾝﾎﾟ　ﾊﾅｺ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 妻 | | | | | 昭和  平成　　２年　５月２９日  令和 | | | | | | | | | | | 同居・別世帯 | | | | | | パート | | | | |
| 健保　華子  任継取得時、健保扶養にひきつづき加入させたい方がいる場合は対象者を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)ｹﾝﾎﾟ　ﾕｳｼﾞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 長男 | | | | | 昭和  平成　２９年　５月１６日  令和 | | | | | | | | | | | 同居・別世帯 | | | | | | 学生 | | | | |
| 健保　裕二 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

提出日：令和 年 月 日

申請者記入欄※裏面をお読みの上記入してください

(健法第37条・健則第42条)

※　健保使用欄（記載しないでください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 任意継続被保険者資格取得日 | | | | | | 令和　　年月日 | | | 任意継続被保険者資格喪失予定日 | | | | 令和　 年　　月　　日 |
| 900 |  |  |  |  | 月額 | 千円 | | 介護保険料 | | 有・無 | 高齢受給者証発行 | | 本人・家族　　　枚 |
| 調定 | 初月№　　　　　　　　　　円□ | | | | | | 次月以降調定№　　　　　　　　　　　　　円□ | | | | | 資格確認書発行　　　　□ | |