

# 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時)

常務理事	事務長	課長	担当

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

- 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)
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。退職前に閲覧できるようご登録をお願いいたします。

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。

提出日：令和 年 月 日

受付印

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	(フリガナ)			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 納付方法	希望する納付方法に必ず○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。郵便局窓口にて提出してください)									
	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。									
⑧ 健保組合から給付金をお支払いする際の振込先	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				(フリガナ)					
	通帳記号		通帳番号							
⑨ 申請者住所 (郵送物が届く住所)	(フリガナ) 〒									
⑩ 住民票住所	(フリガナ) 〒									
⑪ 申請者連絡先	Tel	自宅	( )	マイページ登録したアドレス						
		携帯	—	—						
⑫ 被扶養者の氏名	⑬ 続柄		⑭ 生年月日		⑮ 世帯別		⑯ 職業			
(フリガナ)			昭和 平成 令和		同居・別世帯					
(フリガナ)			昭和 平成 令和		同居・別世帯					
(フリガナ)			昭和 平成 令和		同居・別世帯					

※ 健保使用欄 (記載しないでください) \_\_\_\_\_ (健法第37条・健則第42条)

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No.	円口	次月以降調定No.	円口						

## 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	:ご退職時の「保険証」の記号番号を、必ずご記入ください。
② 退職時の会社名	:在籍していた事業所の名称をご記入ください。
③ 被保険者氏名	:フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
④ 生年月日	:申請者(被保険者)の生年月日をご記入ください。
⑤ 年齢	:申請者退職時の年齢をご記入ください。
⑥ 資格喪失日(退職日の翌日)	: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。
⑦ 納付方法	:毎月払いか一括払いを選択してください。
⑧ 健保から給付金をお支払いする際の振込先	: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。
⑨ 申請者住所	: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。
⑩ 住民票住所	: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口に✓をご記入ください。
⑪ 申請者連絡先	:健保から連絡が取れる番号・アドレスをご記入ください。
⑫～⑯ 被扶養者欄	: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。

# 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時)

常務理事	事務長	課長	担当
記 入 例			

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

- 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)
- 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。
- 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。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。
- 保険料の納付について、初回は納付書をお送りください。なお、初回から口座振替は行っておりません。
- 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。退職前に閲覧できるようご登録とアドレスのご確認をお願いいたします。

重要事項の1～5全てをお読みいただき「重要事項について了承しました」の左の口に必ず✓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。

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	① 退職前の保険証	記号	1	1	1	番号	1	2	3	4	② 退職した事業所	○△◇×株式会社						
	③ 被保険者氏名	(フリガナ)ケホ 太郎 健保 太郎									④ 生年月日	昭 平	60年	5月	23日	⑤ 年齢	38歳	
	⑥ 資格喪失日(退職の翌日)	令和	6年	4月	1日	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。												
	⑦ 納付方法	希望する納付方法に必ず○をしてください ※各手数料は自己負担となります																
	⑧ 健保組合から給付金をお支払いする際の振込先	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 本庁・支店			1 2 3			普通 当座		1 2 3 4 5 6 7 8					
		郵便貯金口座の場合																
	※保険料の口座引落先ではありません。																	
	通帳の記号・番号																	
	通帳記号																	
	通帳番号																	
⑨ 申請者住所(郵送物が届く住所)	(フリガナ)トウキョウトシマコトシヤハツダ イ1-47-1 ニシジヤビル 〒151-0061 東京都渋谷区初台1-47-1 西新宿ビル2F																	
⑩ 住民票住所	(フリガナ) ⑨と相違がある場合は必ず記載してください														<input checked="" type="checkbox"/> ⑨と同上			
⑪ 申請者連絡先	自宅 03 (3372) 3861			マイページ登録したアドレス			ABCDEFGH@email.com											
勤務先のメールアドレスは登録しないようご注意ください																		
被扶養者の氏名											⑬ 続柄	⑭ 生年月日	世帯別		職業			
(フリガナ)ケホ 華子 健保 華子											妻	昭 平 令和	2年	5月	29日	同居	別世帯	パート
(フリガナ)ケホ 裕二 健保 裕二											長男	昭 平 令和	29年	5月	16日	同居	別世帯	学生
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。												昭 平 令和	年	月	日	同居・別世帯		

※ 健保使用欄 (記載しないでください)

(健法第37条・健則第42条)

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No.	円口	次月以降調定No.	円口					