

|                   |             |          |      |      |     |
|-------------------|-------------|----------|------|------|-----|
| 標準報酬月額に基づく一月分の保険料 | 決定年月日       | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 部長   | 担当者 |
| 一般保険料             | 円 資格取得年月日   | 令和 年 月 日 |      |      |     |
| 調整保険料             | 円 資格喪失予定年月日 | 令和 年 月 日 |      |      |     |
| 介護保険料             | 円 資格喪失時の    |          |      |      |     |
| 合計                | 円 標準報酬月額    |          | 千円   | 6000 | -   |

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

| 申請者記入欄                   |  |                |           |     |     |
|--------------------------|--|----------------|-----------|-----|-----|
| 1 資格喪失時の健康保険被保険者 記号・番号   | —  | 2 勤務していた事業所名称等 | 名称        | 所在地 |     |
| 3 申請者の氏名                 |  | 4 申請者の生年月日     | 昭和・平成     | 年   | 月 日 |
| 5 申請者の住所                 | 〒  | 6 申請者の電話番号     | —         | —   |     |
| 7 資格取得年月日                | 昭和・平成・令和   | 年 月 日          | 8 被扶養者の有無 | 有・無 |     |
| 資格喪失年月日(退職日の翌日)          | 令和   | 年 月 日          |           |     |     |
| 9 保険料納付方法                | 1 毎月納付<br>2 全期分(翌年3月分まで)を一括前納する。<br>3 前期分(9月分まで)及び後期分(翌年3月分まで)とを分けて前納する。<br>4 前期分(9月分まで)を前納し、その後は毎月納付する。<br>5 9月分までは毎月納付し、後期分(翌年3月分まで)を前納する。 |                |           |     |     |
| 右記のうち、希望の納付方法を○で囲んでください。 |  |                |           |     |     |

※ 8で「有」を囲んだ場合は、下記の被扶養者届【任意継続資格取得時】の欄の記入が必要です。

※ 9の前納の納付期限は資格取得年月日の属する月の月末となっていますので資格取得申請書を提出された時期によっては前納することができない場合がありますのでご了承下さい。

※ 9の前納及び毎月の保険料は次の事以外では返還できませんのでご注意ください。

- ① ご就職により他の健康保険に加入された場合(国民健康保険及び被扶養者へ切替え手続きは除く) ② 死亡された時  
③ 喪失申出書を申請された時(喪失申出書を受理した日の属する月の翌1日が喪失日)

## 被扶養者届【任意継続資格取得時】

| 被扶養者記入欄    |              |       |       |       |           |            |
|------------|--------------|-------|-------|-------|-----------|------------|
| 10 被扶養者の氏名 | 11 被扶養者の生年月日 | 12 性別 | 13 続柄 | 14 職業 | 15 年間収入   | 16 同居・別居の別 |
| (フリガナ)     | 昭和・平成・令和     | 男・女   |       |       | 有・無<br>万円 | 同居・別居      |
|            | 年 月 日        |       |       |       |           |            |
| (フリガナ)     | 昭和・平成・令和     | 男・女   |       |       | 有・無<br>万円 | 同居・別居      |
|            | 年 月 日        |       |       |       |           |            |
| (フリガナ)     | 昭和・平成・令和     | 男・女   |       |       | 有・無<br>万円 | 同居・別居      |
|            | 年 月 日        |       |       |       |           |            |
| (フリガナ)     | 昭和・平成・令和     | 男・女   |       |       | 有・無<br>万円 | 同居・別居      |
|            | 年 月 日        |       |       |       |           |            |

私は、健康保険任意継続被保険者としての健康保険料の納入については健康保険組合が指定する期限内に納入することを確約いたします。

又、万一指定期日までに保険料を納入しなかった場合は、いかなる理由があっても納入指定期限の翌日から任意継続被保険者の資格が喪失することについて異議の申し立てはいたしません。

なお、この資格喪失により健康保険被保険者証は、速やかにお返しすることを誓います。以上の誓約のうえ申請します。

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

申請者氏名



受付日付印