

※ 健 保 使 用 欄	任 意 継 続 被 保 険 者		任経取得時保険料(単月)	
	被 保 険 者 等 記 号 番 号	212-	月 額	千円
	資 格 取 得 年 月 日	令和 年 月 日	健 康	円
	資 格 喪 失 予 定 年 月 日	令和 年 月 日	介 護	円
	証 交 付 年 月 日	令和 年 月 日	合 計	円

理事長	常務理事	事務長	担当者

受付日付印

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

虹技健康保険組合 理事長殿

下記のとおり申請いたします。

㊦ 勤務していた時の 被保険者等記号番号	211 -	①被保険者 氏 名		㊨	②性別	男・女
㊩ 被保険者の住所 電話番号(自宅・携帯)	〒 - 自宅 () 携帯					
㊪ 生年月日 (喪失日年齢)	昭和・平成 令和 年 月 日 歳		㊫ 資格喪失時の 標準報酬月額	, 000 円		
㊬ 勤務していた 事業所名称・所在地	虹技 株式会社 姫路市大津区勘兵衛町 4 丁目 1 番地		㊭ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日		
㊮ 保険料の納付方法	納付は毎月銀行振込にてお願いします。 (㊼退職が月の途中の場合、初回分、例外あり)		被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等記号番号を記載した場合は記入不要です)			

退職日に認定されていた被扶養者を引き続き扶養する場合のみ記入してください。就労可能年齢(学生を除く)の方は、直近の『所得(課税・非課税)証明書』が必要です。(新たに異動がある場合は別途、「異動届」の提出が必要です)

健康保険 被扶養者届 (資格取得時)

被 扶 養 者 氏 名	性別	続柄	生年月日		収入の有無、年収【種類:パート等】
フリガナ	男		昭和 年 月 日	同 居	有・無 約 万円
	女		平成 令和	別居※	【 】
マイナンバー					
フリガナ	男		昭和 年 月 日	同 居	有・無 約 万円
	女		平成 令和	別居※	【 】
マイナンバー					
フリガナ	男		昭和 年 月 日	同 居	有・無 約 万円
	女		平成 令和	別居※	【 】
マイナンバー					

※別居先住所を「備考欄」にご記入ください。

備 考	
-----	--

任意継続申請時に以下の事項に同意し、右の□に✓をしてください。 □ 以下の事項、了承いたしました。

◆ ◆ 申 請 時 の 注 意 ◆ ◆	【加入条件】	・ 退職日までに継続して2ヶ月以上被保険者期間があること ・ 退職日の翌日から20日以内に申請書を提出すること(特別な事情で遅れた場合は、別紙『事由書』を提出)
	【加入期間】	・ 任意継続被保険者となってから 最長2年間です 。下記1～6の理由により喪失手続きをいたしますので、2・4・6の場合はご連絡ください。 1. 被保険者期間が2年に達したとき・・・(資格取得日から2年経過の翌日) 2. 就職等により他の健康保険の被保険者になったとき・・・(他保険資格取得日) 3. 健康保険料を納付期日までに納めなかったとき・・・(納付期日の翌日) 4. 被保険者が亡くなられたとき・・・(死亡日の翌日＝被扶養者共に喪失します) 5. 被保険者が後期高齢者医療制度(長寿医療制度)に加入されたとき・・・(75歳誕生日、障害認定日) 6. 被保険者が健保に資格喪失申出書を提出したとき・・・(届け出た翌月1日付)
	【保険料】	・ 保険料は退職時の標準報酬月額によって決定されます。(前年9月末の平均標準報酬月額と比べて低いほうの額で計 ・ 保険料は事業主負担分がありませんので全額自己負担になります ・ 保険料納付期日は毎月10日です(10日が土日、祝日の場合は翌営業日。出来るだけ前日をお願いします) ・ 月の途中で資格取得された場合は、取得月の保険料を健保の指定日までに納めてください