

# 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	事務課長	担当

申請者記入欄 (記入日 平成 年 月 日)

健康 保険証	記号	社員番号	勤務していた 事業所	事業所名称
	番号	氏名		所在地

自宅住所	〒
電話番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日

支払い方法	毎月払い
	前納半期払い (4~9月、10~翌年3月)
	前納1年払い (4~翌年3月)

## 適用事業所担当者 記入欄

				適用事業所 担当者 印
資格取得日	昭和 平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日	退職時の標準報酬月額 ,000円
				退職月に 定時決定が <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 退職月に 随時改定が <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

エリアコード	事務担当

DNPグループ各社は記入不要

- 「資格喪失日」には、「健康保険資格喪失届」に記入する「資格喪失日」を記入してください。
- 退職月に「定時決定」「随時改定」がある場合は、「退職時の標準報酬月額」に、変更後の標準報酬月額を記入してください。
- この届出により、任意継続被保険者の健康保険料を計算しますので、正確に記入願います。

## 提出上の注意

- 被保険者資格を喪失した日の前日まで継続して2ヶ月以上被保険者期間があること
- 被保険者資格を喪失した日から20日を経過すると申請できません。
- 申請書は、以下の書類とともに提出願います。
  - 預金口座振替依頼書
  - 健康保険被扶養者異動届 → 扶養家族を有する方のみ
  - 同意書(前納希望者のみ)
- 初回の健康保険料は、上記書類提出後、健保組合からコンビニエンスストア振込用紙にて連絡しますので、コンビニエンスストアでお支払い下さい。その後の保険料は銀行引き落としとなります。

## 健康保険組合事務処理欄

任意継続 取得年月日		適用標準 報酬月額	,000円
記号・番号	-	健康保険料	
引落開始年月		介護保険料	
喪失予定年月		才点検者	
加入時年齢			

被扶養者異動届	
振替依頼書 or シニアスタッフ届出	
喪失届	
保険証	
払込受領書	
払込額	チェック印

大日本印刷健康保険組合

