

任継記号番号	処理(決裁)年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	扱 者	所属事業所 担当者印
200—	任継資格取得年月日	平成 年 月 日				
	任継喪失予定年月日	平成 年 月 日				

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書 (汎用)

現資格喪失時	現 保 険 証	記号	番号	組 合 名 称	ポーラ・オルビスグループ健康保険組合
	取得年月日(注)	昭・平 年 月 日	所 属 事 業 所 名称・所在地	保 険 料 払 込 方 法	毎月払 ・ 半年払 ・ 年払
	喪失年月日(注)	平成 年 月 日			
	標準報酬月額	千円			
今後	被 扶 養 者	有 ・ 無 (従来と変更: 有 ・ 無)			
<備 考>					

(注) 取得年月日は健康保険証に記載してあります。

(注) 喪失年月日は、退職日の翌日を記入。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日
----------

(この申請書を提出する日)

申 請 者	住 所	(〒 — )			
	(フリガナ) 氏 名	印			
	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 ・ 才			
	固 定 電 話		携 帯		

※本申請書に記入していただいたあなたの個人情報は、<記入方法> 6に記載の健康保険業務での利用目的以外には使用しません。

## 任意継続被保険者資格取得申請書の記入方法と添付書類

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 TEL03-3490-0845

### <記入方法>

1. 太枠内の **網がけ欄** について記入して下さい。
2. 喪失年月日は、退職する日の翌日としてください。(退職する日ではありません。) 例：3月31日付退職→喪失日は4月1日。
3. 今後の被扶養者、払込方法などは、いずれか該当分を○印で囲んでください。
4. 保険料の払込方法：①「半年払・年払」とは、年度期間である4月から翌年3月までの期間の中で保険料をまとめて前納する場合の期間区分です。例→・5月に任意継続加入で、「半年払」を選択した時は、5月～9月分までを支払い6～9月分4ヶ月が前納扱いとなります。10月以降の下期は年度末3月までの6ヶ月分を9月に前納していただきます。「年払い」の場合は年度末の3月分まで一括納付となります。年度末の3月に改めて翌年度の払込み方法を決めていただきます。②前納分の保険料は、月払いに比べ若干ですが金利分安くなります。③前納していて、再就職等により任意継続を中途脱退した時は、前納したうちの未経過月分は返還されます。
5. 備考欄には、住所など申請事項の変更が予定されている場合、その旨記入して下さい。
6. 申請書の利用目的について：本申請書にご記入いただいた事項は、①当健康保険組合の任意継続被保険者加入手続き、②加入後の任意継続保険業務、③事務上必要となった場合のお問合せやご連絡、の目的のために使用するもので、それ以外の目的には使用しません。

### <添付書類> 本「任意継続被保険者資格取得申請書」と合わせてご提出ください。

※基本的には、新規に組合に加入する時と同様の添付書類が必要になります。 (制度上の決まりのためご面倒ですがご協力ください。)

1. 本人のみの場合……「本人の住民票」
  2. 被扶養者がいる場合
    - ①「健康保険被扶養者(異動)届・新規」及び「世帯全員記載の住民票」
    - ②その他被扶養者の続柄・年齢などによる必要資料
      - ◎配偶者、両親の場合
        - ・「年間収入明細表」1人毎に作成のこと
        - ・「住民税(非)課税証明書」、「年金支払通知書」等、収入を証明できる書類
      - ◎子供の場合
        - ・16歳以上の学生……学生証(写)、又は在学証明書(原本)
        - ・16歳以上の学生以外……「生計維持関係申立書」と上記配偶者、両親の場合と同じ
      - ◎別居の場合
        - ・仕送りの証(銀行振込控えコピー、現金書留控えコピー、など)。但し、配偶者及び学生の場合は不要
- ※その他、特殊なケース、わからないことがありましたら、事前にお問合せ下さい。

### <制度上の留意事項>

1. この申請書の提出期限は資格喪失日から20日以内と定められていますが、事業所の指示に従い早めの提出にご協力ください
2. 被保険者の資格期間は、2年間です。
3. 保険料は、全額自己負担となり(会社負担はなし)、銀行振り込み手数料も自己負担となります。
4. 「医療保険制度の比較」「退職後の医療保険を選ぶ」「ポーラ・オルビスグループ健保の任意継続制度の決まりと内容」をよくお読みください。