

任継記号番号	処理（決裁）年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
200 —	任継資格取得年月日	令和 年 月 日				
	任継喪失予定年月日	令和 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・令 年 月 日	所属事業所 名称・所在地	
	喪失年月日（注）	平・令 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）	保険料払込方法	毎月払 ・ 半年払 ・ 年払
＜ 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。

令和 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				
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	才		
	固定電話		携帯		
	メールアドレス	（ PC / 携帯等）			@

※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。

汎用20190501

任意継続被保険者資格取得申請書について

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合(担当:高橋)

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. 今後欄の被扶養者、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」は、健保の年度区分である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**して頂きます。
[例①] 5月に任意継続に加入し「**半年払**」を選択した場合
5月分のみ月払、6月～9月分の4ヶ月分が前納扱いとなります。10月以降は下期分として翌年3月までの6ヶ月分を9月に前納して頂きます。
[例②] 5月に任意継続に加入し「**年払**」を選択した場合
5月分のみ月払、6月～翌年3月分の10ヶ月分を一括前納して頂きます。
 - (2)保険料払込方法は、3月に改めて次年度(4月～翌年3月)の払込み方法を決めていただきます。
 - (3)保険料を前納した場合は、月払いに比べて若干安くなります。また、前納した方が再就職等により任意継続を中途脱退した時は、前納した保険料の未経過月分が返還されます。
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健康診断・保健指導ほか健康づくりのための保健事業とそのお知らせ、④事務手続き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し、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」、及び年金受給のある方は「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、ご不明な点がありましたら、事前にお問合せ下さい。

<制度上の留意事項>

1. 提出期限は資格喪失日から20日以内です。期限を過ぎての加入は認められませんので、早めの提出にご協力ください。
2. 新たな病気等で多額の医療費がかかる可能性を知りつつ加入すること（保険の逆選択）は、制度の根幹を揺るがすためできません。
3. 任意継続被保険者の資格期間は、2年間です。（延長はできません。）
4. 保険料は、全額自己負担となり（会社負担はなし）、振込手数料も自己負担となります。