

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	扱者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

勤務していた時に使用していた健康保険の記号・番号	記号	番号	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日
氏名 (フリガナ)	性別	性 別	生年月日	昭和 年 月 日 平成
※氏名をいただくことで、裏面【確約事項】の内容に異議のないことをお約束いただいたこととさせていただきます。				
マイナンバー				
住所	住民票住所 必ず記入してください	(〒 -) 都 道 府 県		
	居 所 (保険証送付先)	(〒 -) 都 道 府 県	※上記の住民票住所と同じ場合は記入不要	
電話番号	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅	()		
勤務していた事業所の名称・所在地	名称			
	所在地			
資格確認書 交付希望	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、右記の理由を選択ください。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っていないため <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていないため <input type="checkbox"/> その他 ()			
納入期間 納入方法を選び 希望する番号に ☑をしてください。	<input type="checkbox"/> (1) 毎月払い <input type="checkbox"/> (2) 前納 翌9月分まで <input type="checkbox"/> (3) 前納 翌3月分まで 上記 (1)～(3) のいずれにも☑がない場合は「(1) 毎月払い」が選択されたとみなします。			
	【保険料について】 1. 毎月払いの方は、初回到原則2ヵ月分の保険料を納入していただきます。 (ただし、3月資格取得者は1ヵ月分のみ納入) 2. 前納される方は、前納保険料を含む全額を納入していただきます。 (9月～2月に退職された方は、「(2) 前納 翌9月分まで」は選択できません。) 3. 保険料額につきましては、任意継続被保険者の前納保険料シュミレーションをご確認ください。			

組 合 記 入 欄					
記号	9900	番号			
資格取得年月日	令和	年	月	日	
標準報酬月額	千円				

受付日付印

【注意事項】

- 任意継続被保険者は、次の条件に該当した場合、退職後も引き続き被保険者になることができます。（最長2年間）
 1. 退職した日まで被保険者の資格期間が継続して2ヵ月以上あること
 2. 資格喪失していること
事業主から被保険者資格喪失届が提出されていること
 3. 資格喪失の日より20日以内に申請手続きをすること（当健康保険組合必着）
- 申請手続き
下記の「**確約事項**」をよくお読みのうえ、郵送で手続きしてください。

【確約事項】

任意継続被保険者資格取得申請書を提出するにあたり、申請者は下記事項についてその内容を確認のうえ、手続きを行います。

1. 保険料の納付については、健康保険法第164条【任意継続被保険者に関する保険料については、その月の10日（初めて納付すべき保険料については、保険者が指定するまでとする）】に基づき納付することとする。ただし、健康保険法第165条第1項【任意継続被保険者は、将来の一定期間の保険料を前納することができる。】を希望する場合は、健康保険法施行令第48条【保険料の前納は、4月から9月まで若しくは10月から翌年3月までの6月間又は4月から翌年3月までの12月間を単位として行うものとする。ただし、当該6月又は12月の間において、任意継続被保険者の資格を取得した者又はその資格を喪失することが明らかである者については、当該6月間又は12月間のうち、その資格を取得した日の属する月の翌月以降の期間又はその資格を喪失する日の属する月の前月までの期間の保険料について前納を行うことができる。】の規定により納付することとする。
2. 健康保険法第38条に基づき喪失となった場合、申請者（任意継続被保険者）はこれを承諾し、すみやかに被保険者証を返却、資格喪失後の被保険者証の使用は行わないものとする。使用した場合は、電設工業健康保険組合に対して、申請者（任意継続被保険者）が診療費の全額を返還することとする。

（任意継続被保険者の資格喪失）健康保険法第38条

任意継続被保険者は、次の各号のいずれかに該当するに至った日の翌日（第4号から第6号までのいずれかに該当するに至ったときは、その日）から、その資格を喪失する。

1. 任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき。
2. 死亡したとき。
3. 保険料を納付期日までに納付しなかったとき。
4. 被保険者となったとき。
5. 船員保険の被保険者となったとき。
6. 後期高齢者医療の被保険者等となったとき。
7. 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を、厚生労働省令で定めるところにより、保険者に申し出た場合においては、その申出が受理された日の属する月の末日が到来したとき。

● 添付書類

被扶養者がいる方は、**被扶養者異動届**及び届書裏面記載の証明書類を添付してください。

電 設 工 業 健 康 保 険 組 合

〒102-8421 東京都千代田区二番町4-2

電話 03-3265-0303