

この申請書は、資格喪失日(会社を退職した日の翌日)から起算して20日以内に提出してください。

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

申 出 者 情 報	資格喪失時の健康保険被保険者証の記号・番号			生 年 月 日		
	記号	番号		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日
	個人番号(マイナンバー)被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要					
	勤務していた事業所の名称			資格喪失年月日(退職日の翌日)		
				平成 年 月 日		
	氏名・印	(フリガナ) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	性別	
住所	(〒 -)		自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL		()			

添付書類

世帯全員の住民票謄本と「健康保険任意継続加入について(承諾書)」に署名・押印をして添付してください。

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

被 扶 養 者 欄	氏 名		生 年 月 日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
	(フリガナ) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	個人番号(マイナンバー)必ず記入してください。							
(フリガナ) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
個人番号(マイナンバー)必ず記入してください。								
(フリガナ) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
個人番号(マイナンバー)必ず記入してください。								

添付書類

- ・被扶養者現況届
- ・市県民税課税証明書(配偶者・16歳以上で学生以外の子及び父母等)
- ・上級学校に在学中の被扶養者は在学証明書もしくは学生証の写し
- ・パート収入等がある被扶養者は最近の給与支払明細書(3ヵ月分位)の写し※通勤交通費も報酬に含まれます。
- ・60歳以上の年金受給者の方は年金証書の写しと最近の支払通知書の写し(受給している年金のすべて)
- ・病気がちで働くことの困難な被扶養者は医師の診断書もしくは障害者手帳の写し

※組合処理欄

記号	資格取得年月日	標準報酬月額	納付方法	介護保険第2号
9999	年 月 日	千円	<input type="checkbox"/> 毎月納付	<input type="checkbox"/> 該 当
番号	資格喪失予定年月日		<input type="checkbox"/> 6ヵ月前納	<input type="checkbox"/> 不該当
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 12ヵ月前納	

受付日付印

健康保険任意継続加入について（承諾書）

兵庫県運輸業健康保険組合
神戸市中央区相生町4丁目6番4号
TEL 078-341-4801

健康保険任意継続被保険者制度は、次のとおりです。

国民健康保険に加入される方が有利となる場合があります。失業（雇用保険受給者も含む）や病気などにより所得が大幅に減少した人は住居地の市（区）町村に申請することにより、住民税の免除や減額の措置が受けられることがあり、国民健康保険料（税）も減額になることがありますので、詳しくは市（区）町村にお問い合わせになり、十分ご検討のうえ加入手続きをしてください。

会社を退職すると被保険者の資格を喪失しますが、被保険者期間が継続して2ヵ月以上あった場合には、引き続き個人で被保険者になることができ、在職中と同様に病気やけが、出産、死亡について健康保険の給付を受けられます。これを「健康保険任意継続被保険者」といいます。

1. 加入できる方 被保険者期間が継続して2ヵ月以上必要です。
2. 手続きの方法 ◇資格喪失日（退職日の翌日）から必ず20日以内に申請書を、当健康保険組合に提出してください。（この期間を過ぎると受け付けられません。）
◇扶養家族がおられる方は、被扶養者（異動）届を同時に提出してください。
3. 加入期間（被保険者期間）は2年間です。2年を経過すると、その翌日に資格を失います。
ただし、再就職し、健康保険等に加入した場合
後期高齢者医療の被保険者等になった場合
死亡した場合
保険料を納めなかった場合
は資格喪失となりますが、それ以外の理由
では途中で脱退することはできません。
4. 保険料は、必ず毎月1日から10日（10日が土・日曜日、祝日のときは、金融機関の翌営業日）までに納めてください。
◇この期間に保険料を納めなかった場合は、資格はなくなります。
◇納付期限を過ぎて納めても、資格を回復することはできません。この点は十分ご注意ください。
◇ただし、初回分は納付指定日までに納めてください。また、保険料は加入される月（退職日の翌日の属する月）から必要ですので、初回分（第1回目）は、2ヵ月分を一括納入していただく場合があります。
◇初回分を納付期日までに納めなかった場合は、任意継続被保険者の申請がなかったものとみなし、退職日の翌日以降にかかった医療費については返還していただくこととなりますのでご注意願います。
◇前納制度がありますので、希望される方は申し出てください。
5. 保険料額は、当組合の毎年9月30日現在の平均標準報酬月額（今年度は340千円）か退職時の標準報酬月額のどちらか低い標準報酬月額によって決められ、全額自分で負担することになります。
また、40歳から65歳未満の方は、介護保険料を含めて負担していただくこととなります。
ただし、最高限度額が決められており、現在の最高限度額は、34,340円ですが、介護保険料を含む場合は、40,596円になります。
なお、最高限度額は、保険料率の変更等により、途中で改定される場合があります。
6. 納付書の送付
◇初回分は、加入手続きがあり次第、納付指定日を指定した納付書を、すみやかに自宅へ送付します。
◇2回目以降は、毎月前月末に送付しますので、1日から10日までに納入してください。
7. 保険給付
◇保険給付は、一般被保険者と同様に受けられます。（ただし、傷病手当金と出産手当金については支給されません。）

上記について、十分検討し承諾しましたので、任意継続加入手続きをいたします。加入後は、保険料納付期限を厳守し、納付期限までに納付できなかったときは、被保険者の資格を喪失することについて異議の申し立てをしません。なお、資格を喪失したときは、すみやかに被保険者証を返納することを誓約いたします。

平成 年 月 日 氏名

Ⓔ

被 扶 養 者 現 況 届

任意継続用

※この現況届は被扶養者の認定の生計維持関係の確認資料となりますので、各項目すべてについてもれなく記入してください。必要事項のものの場合は返送させていただく場合があります。

※この現況届に事実と相違した記載があった場合は、認定日に遡って資格を取消し、掛かった医療費及び給付金は返還いただく場合があります。

※18歳以下（高校生含む）の記入は不要です。

※被扶養者認定における資料として確認し、記載内容の秘密は厳守いたします。

申請される方の氏名	雇用保険受給について	年金受給の有無について	別居の場合 仕送りの有無
	<input type="checkbox"/> 受給申請予定 <input type="checkbox"/> 給付制限（待期）期間中 <input type="checkbox"/> 受給中（日額 円） <input type="checkbox"/> 受給期間延長中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="radio"/> 国民年金 <input type="radio"/> 遺族年金 <input type="radio"/> 厚生年金 <input type="radio"/> 障害年金 <input type="radio"/> 共済年金 年額 円	<input type="checkbox"/> 有 仕送額 月 円
現在の職業及び月額収入額	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="radio"/> 受給資格なし <input type="radio"/> 受給放棄(理由:) <input type="radio"/> 受給終了 <small>※雇用保険にかかる誓約書並びに同意書を提出ください。</small>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="radio"/> 受給年齢に達しない <input type="radio"/> 加入期間不足 <input type="radio"/> その他()	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="radio"/> パートタイマー等 収入額 月 円 <input type="radio"/> 自営業 交通費 月 円 <input type="radio"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無	記号 : 入社又は取得年月日 : 昭和・平成 年 月 日 番号 : 退職又は喪失年月日 : 平成 年 月 日 保険者番号 : 保 険 者 名 :	新規に認定を申請される方は、加入されていた健康保険についてご記入ください。	

申請される方の氏名	雇用保険受給について	年金受給の有無について	別居の場合 仕送りの有無
	<input type="checkbox"/> 受給申請予定 <input type="checkbox"/> 給付制限（待期）期間中 <input type="checkbox"/> 受給中（日額 円） <input type="checkbox"/> 受給期間延長中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="radio"/> 国民年金 <input type="radio"/> 遺族年金 <input type="radio"/> 厚生年金 <input type="radio"/> 障害年金 <input type="radio"/> 共済年金 年額 円	<input type="checkbox"/> 有 仕送額 月 円
現在の職業及び月額収入額	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="radio"/> 受給資格なし <input type="radio"/> 受給放棄(理由:) <input type="radio"/> 受給終了 <small>※雇用保険にかかる誓約書並びに同意書を提出ください。</small>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="radio"/> 受給年齢に達しない <input type="radio"/> 加入期間不足 <input type="radio"/> その他()	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="radio"/> パートタイマー等 収入額 月 円 <input type="radio"/> 自営業 交通費 月 円 <input type="radio"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無	記号 : 入社又は取得年月日 : 昭和・平成 年 月 日 番号 : 退職又は喪失年月日 : 平成 年 月 日 保険者番号 : 保 険 者 名 :	新規に認定を申請される方は、加入されていた健康保険についてご記入ください。	

申請される方の氏名	雇用保険受給について	年金受給の有無について	別居の場合 仕送りの有無
	<input type="checkbox"/> 受給申請予定 <input type="checkbox"/> 給付制限（待期）期間中 <input type="checkbox"/> 受給中（日額 円） <input type="checkbox"/> 受給期間延長中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="radio"/> 国民年金 <input type="radio"/> 遺族年金 <input type="radio"/> 厚生年金 <input type="radio"/> 障害年金 <input type="radio"/> 共済年金 年額 円	<input type="checkbox"/> 有 仕送額 月 円
現在の職業及び月額収入額	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="radio"/> 受給資格なし <input type="radio"/> 受給放棄(理由:) <input type="radio"/> 受給終了 <small>※雇用保険にかかる誓約書並びに同意書を提出ください。</small>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="radio"/> 受給年齢に達しない <input type="radio"/> 加入期間不足 <input type="radio"/> その他()	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="radio"/> パートタイマー等 収入額 月 円 <input type="radio"/> 自営業 交通費 月 円 <input type="radio"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無	記号 : 入社又は取得年月日 : 昭和・平成 年 月 日 番号 : 退職又は喪失年月日 : 平成 年 月 日 保険者番号 : 保 険 者 名 :	新規に認定を申請される方は、加入されていた健康保険についてご記入ください。	

扶養するに至った理由を詳しく記載してください。

被保険者記載欄
上記のとおり事実と相違ありません。
平成 年 月 日
住 所
電話番号 () -
氏 名