

常務理事		

※ 任 継 記 号 ・ 番 号	※ 資格喪失予定年月日
900	令和 年 月 日

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被 保 険 者	① フ リ ガ ナ 氏 名	② 性別	③ 生 年 月 日			※ 資格取得年月日			※ 標準報酬月額		
		男	昭和	年	月	日	年	月	日	千円	
		女	平成								
	④ 退職後の住所及び連絡先	〒 -					(メールアドレス)				
							(電話番号) - -				
							(携帯番号) - -				
	勤務していた事業所	名 称				住 所					
		アレクシオンファーマ合同会社				東京都港区芝浦3丁目1番1号 田町ステーションタワーN					
	⑤ 資格喪失時の健康保険被保険者の記号番号	記 号		番 号		⑥ 資格喪失年月日(退職日の翌日)					
		300				令和 年 月 日					
⑦ 保 険 給 付 金 を 受 け る と き の 振 込 希 望 口 座											
(フリガナ) 銀行		金融機関コード		預 金 種 目		□ 普通 □ 当座 □ その他 ()					
信用金庫				口 座 番 号							
(フリガナ) 本店		支 店 コ ー ド		名 義		(フリガナ)					
支店											
⑧ 資格確認書発行要否		□ 発行が必要									

令和 年 月 日 裏面の内容を確認のうえ申請します。 [受 付 印]

なお、資格確認書が交付され任意継続被保険者の資格を喪失した際は、速やかに資格確認書を返納します。

◎退職時に健康保険の被扶養者であり、そのまま継続して被扶養者となる方のみ状況をご記入ください。
新規で追加する方については、別途扶養追加申請書をご提出してください。

⑨ 扶養家族の状況	フリガナ氏名	性別	生 年 月 日			続 柄	職業	世帯	収入	年間収入	⑧ 確認資格書	
		男	昭和	年	月	日			同居	無	万円	□要
		女	平成						別居	有		
		男	昭和	年	月	日			同居	無	万円	□要
		女	平成						別居	有		
		男	昭和	年	月	日			同居	無	万円	□要
	女	平成						別居	有			
		男	昭和	年	月	日			同居	無	万円	□要
		女	平成					別居	有			

◎ この申請書は、資格喪失日から20日以内必着で当組合へ簡易書留にてご提出ください。

【記入上の注意】

①～⑦までの欄は、漏れなく記入してください。なお、②の性別は該当する事項を○で囲み、⑦の預金種目は該当する事項の口に✓を入れてください。

また、「※」印の欄は記入しないでください。

⑧の「資格確認書発行要否」は、マイナンバーカードを所有していない、もしくはマイナ保険証利用登録をしていない場合は「口発行が必要」にチェックしてください。チェックされた場合「資格確認書」が交付されますが、すみやかにマイナ保険証の利用登録手続きをしてください。

1. 退職時に健康保険の被扶養者であり、そのまま継続して被扶養者となる場合は、⑨の氏名・生年月日・続柄・職業欄を記入し、性別・世帯・収入の欄は該当する事項を○で囲んでください。また、収入の欄を「有」に○された方は、年間収入の欄も記入してください。被保険者と同様に、資格確認書が必要な場合は⑧資格確認書「口要」にチェックしてください。
2. 任意継続被保険者の申請期間は「法第37条」の規定により**資格喪失日から20日以内**です。
(申請期限経過後の届出は受付できません。)但し、正当な事由(天災事変等)で遅延した場合は、遅延の理由書(任意書式)を作成し、遅延の証明を添付のうえご提出ください。
3. 本人の氏名を自ら署名する場合は、押印は不要です。

【手続きの流れ】

- ① [健康保険任意継続被保険者資格取得申請書]を**被保険者資格喪失日から20日以内必着**で当組合へ簡易書留にてご提出ください。なお、簡易書留の控えは、当組合から連絡があるまでお手元に保管してください

※申請書を資格喪失日以前に簡易書留でご提出頂いても構いませんが、②以降のご連絡は資格喪失日以降にさせていただきます

- ② 当組合から納付期限記載の[任意継続被保険者保険料納付書]をご自宅へお送りします。
- ③ 初回保険料を[任意継続被保険者保険料納付書]により、納付期限までに納付してください。
- ④ 当組合にて初回保険料の入金を確認次第、[健康保険資格確認書]もしくは、任意継続の記号・番号を記載した[資格情報のお知らせ]をご自宅へお送りします。(2024年12月2日以降は現行の[被保険者証]は発行されません。)

※ 初回保険料を納付期限までに納付しなかった場合は、当初から任意継続被保険者資格が無かったこととなります。

※ 在職中に健康保険特定疾病療養受療証・健康保険限度額適用認定証等をお持ちの方は再度ご申請頂く必要がありますので、必ずご連絡ください。

※ 毎月の保険料を納付期限までに納付しなければ、資格喪失いたします。

【提出先】

アストラゼネカ健康保険組合

〒553-0003 大阪市福島区福島7-15-26 JMFビル大阪福島01-12階 TEL06-4802-3722