

HOYA健康保険組合 理事長殿

資格確認書が必要な場合は、「資格確認書発行依頼理由書」を提出ください。

No.1

私は、任意継続保険制度を確認の上、加入手続きをいたします。

被 保 険 者  (届 出 者)	退職時被保険者	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
	記号	被保険者 住所	<input type="checkbox"/> 〒 (フリガナ) 住民票住所の 場合し点をし てください。									
	番号	電話番号	携帯	-	-	自宅	-	-				
	登録するメールアドレス (健保からのお知らせ等が届きます)											@
	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	退職時事業所名称						
							退職時事業所所在地					
	資格喪失日	令和	年	月	日	給付金の支払いが 発生した場合の 振込先口座	銀行	支店				
							普通	口座名義 (カタカナ)				
	第1回目保険料納付方法	<input type="checkbox"/>	振込日	月	日	振込	<input type="checkbox"/> 現金を添付します。					
	(確認書類をNO.2に添付します。)											

被保険者本人が申請しております。 ※左記に  がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。

## -- 退職時被扶養者で任意継続被保険者申請後の扶養関係にある場合 --

被 扶 養 配 偶 者	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	被扶養者の 職業	被扶養者の 収入	同居 別居 の別	同居 別居	<input type="checkbox"/>	別居の場合はその住所					
	登録するメールアドレス (健保からのお知らせ等が届きます)										

そ の 他 被 扶 養 者 1	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	被扶養者の 職業	被扶養者の 収入	同居 別居 の別	同居 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	別居の場合はその住所		
	別居の場合はその住所									

そ の 他 被 扶 養 者 2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	被扶養者の 職業	被扶養者の 収入	同居 別居 の別	同居 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	別居の場合はその住所		
	別居の場合はその住所									

この申請は、直接ご自分で記入の上、資格喪失後20日以内に、第1回目の保険料（No2）を添え、健保組合に到着するように、提出してください。

任意継続被保険者の保険料月額、従来の事業主負担分も含めた金額です。尚、一定の期間、一括して保険料を納める前納制度もあります。

●保険料月額の算出方法 退職時の標準報酬月額 に下記保険料率をかけます。

●2024年度保険料率：健康保険料率 = 94/1000 + 介護保険料率（40歳～64歳） = 16.4/1000

当組合では、2回目以降の保険料納付を、原則として郵便局による自動引落としにより納入頂きます。自動払い込み利用申込書は、直接ゆうちょ銀行の窓口へご提出ください。

※原則、初回保険料は振込みになります。下記口座に振込んだことがわかる証明書（No2）を添付して申請してください。

【ゆうちょ銀行から振り込む時】 郵便局口座 00170-5-62539 HOYA健康保険組合

【他銀行から振り込む時】 ゆうちょ銀行 ○一九支店 当座 0062539 HOYA健康保険組合

## -- 健康保険組合使用欄 --

常務理事	事務長	経理担当者	適用担当者	保険料							
				令和	年	月	日	振込			
								現金	月分		
被保険者記号	取得			喪失（満期）				退職時年齢	歳		
992	令和 年 月 日			令和 年 月 日				退職時 標準報酬月額	千円		
被保険者番号	令和			令和				介護保険	有	無	
								納付方法	単月	前納	

健保受付印

第1回目の保険料の  
送金確認できるものを  
貼付してください。

送金は  
資格喪失日以降  
にてお願いします。

任意継続申請は、直接ご自分で記入の上、資格喪失後20日以内に、任意継続被保険者資格申請書（No1）に第1回目の保険料の送金確認できるものを添付の上、健保組合に到着するように、提出してください。

2回目以降の保険料は、原則として郵便局による自動引落としになります。自動払い込み利用申込書は、直接ゆうちょ銀行の窓口で手続きしてください。ゆうちょ銀行から健保組合への確認通知到着後、自動引落としになります。早めに手続きをお願いします。2回目以降の保険料が自動引落としできない場合は、振込みにて納付してください。

振込手数料はご本人負担となります。

申請書記入の際、記入見本をご確認ください。

両面コピー厳禁です。

-- 事業主使用欄 --

被保険者名  様  
あなたの資格喪失日は  月  日 です。  
任意継続保険の第1回目の納付期間は、 月  日 ~  月  日 です。  
なお、第2回目の納付期間は、加入月の翌月 1 日 ~ 10 日 です。（10日が休日の場合は翌営業日です。）

健保受付印		