

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) ○○○○ (印)	生年月日	昭和 * * * * * 平成 * * * * *	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	記号	***	フリガナを記入してください。				
	番号	*****	都道府県から記入してください。				
	住所	電話番 該当するときはチェックしてください。 **** - **** 自宅 **** - **** - ****					
	登録するメールアドレス	ぶりずむ、健(検)診等のお知らせが直接届きますので必ず記入してください。携帯、PCどちらでも可。					
	資格取得日	昭和 * * * * * 平成 * * * * * 令和 * * * * *	退職時事業所名称	○○○○株式会社			
	資格喪失日	令和 * * * * *	退職時事業所所在地	都道府県から記入してください。			
	第1回保険料納付方法	<input type="checkbox"/> 振込日 * * * * * (確認書類をNO.2に添付します。)	銀行	現金の方はここに✓してください。			
	振込先口座	普通 * * * * * 口座名義(カタカナ) カタ で記入してください。	支店				
	退職日の翌日	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が申請しております。 ※左記に <input checked="" type="checkbox"/> 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 * * * * *	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	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) ぶりずむ、健(検)診等のお知らせが直接届きますので必ず記入してください。携帯、PCどちらでも可。						

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 * * * * *	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	別居の場合はその住所			
	子供の場合は長男、長女等を記載してください。						

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 * * * * *	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	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(N02)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。

●2025年度保険料率 : 健康保険料率 = 94/1000 + 介護保険料率(40歳~64歳) = 15.6/1000

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(N02)を添付して申請してください。

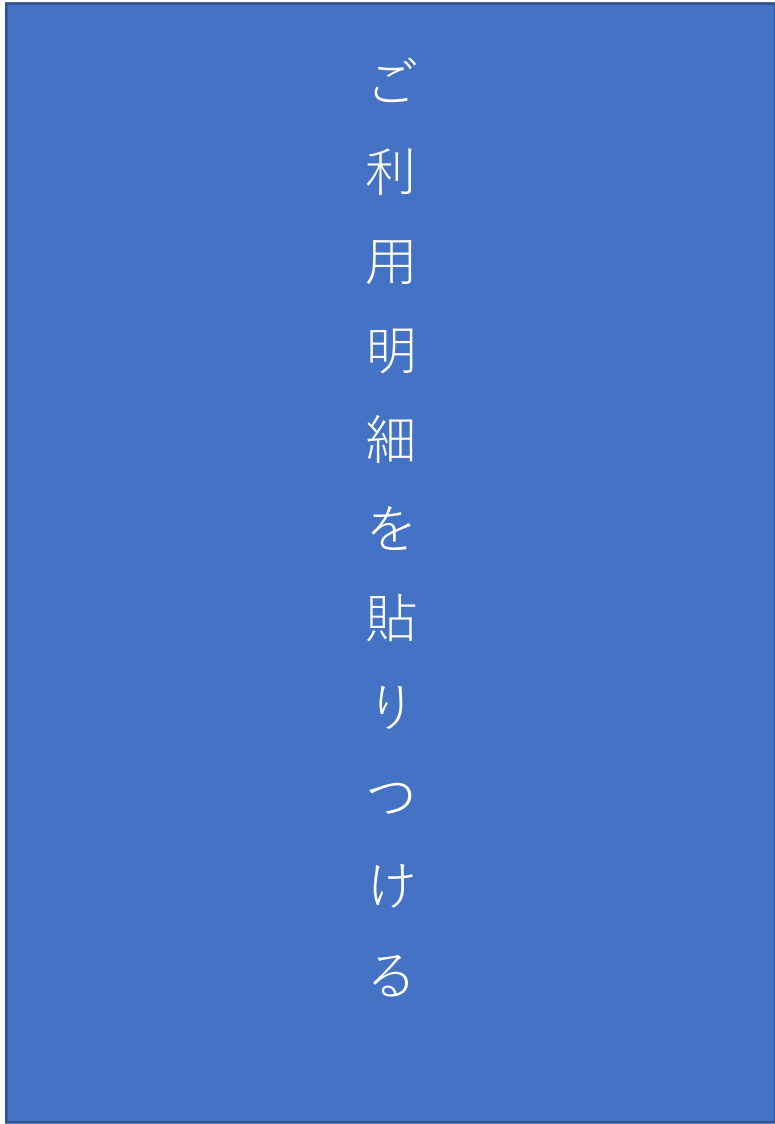
【ゆうちょ銀行から振り込む時】	郵便局口座	00170-5-62539	HOYA健康保険組合
【他銀行から振り込む時】	ゆうちょ銀行	〇一九支店 当座	0062539 HOYA健康保険組合

-- 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			喪失予定(満期)			
992	令和	年	月	日	令和	年	月
被保険者番号	退職時年齢			歳			
	退職時標準報酬月額			千円			
	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。



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 までです。

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。）