

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 | ***** | 住所 | 都道府県から記入してください。 | | | |
| | 電話番号 | **** - **** | 自宅 | **** - **** - **** | 該当するときはチェックしてください。 | | |
| | 登録するメールアドレス (健保からのお知らせが届きます) | 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。 | | | | | |
| | 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 * * * * * | 振込 | 現金を添付します。 | | | |
| | 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 | 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) = 17.2/1000 + 子ども・子育て支援金 = 2.3/1000

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 ○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 | | |
| 被保険者記号 | 取得 | | | 喪失予定(満期) | | | 退職時年齢 |
| 992 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 | 年 | 月 |
| 被保険者番号 | 退職時標準報酬月額 | | | 退職時年齢 | | | 歳 |
| | 介護保険 | | | 納付方法 | | | 千円 |
| | 有 | | | 単月 | | | 前納 |
| | 無 | | | | | | |

| |
|-------|
| 健保受付印 |
|-------|