

極秘

※ 決 定 伺 ※	令和 年 月 日 証返	記号	8001	番号			
	令和 年 月 日 起案	第1回保険料納付日			・	・	
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	任意継続資格取得日			・	・
	資格喪失日	平・令 年 月 日	任意継続喪失予定日			・	・
	喪失時報酬月額		千円	被扶養者数		有()・無	
前年度公示金額	360		千円	高齢受給者証		有・無	
保 險 意 料 継 続 額	一般保険料		調整保険料	介護保険料	合計額		
	(基本保険料)	(特定保険料)					
	円	円	円	円	円		

※上記欄及び右欄には何も記入しないで下さい。

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

喪失前被保険者証の	記号	被保険者氏名性別 生年月日	昭和・平成 年 月 日生		男・女
	番号				才
資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職した日の翌日を記入)	資格を喪失した際の標準報酬月額	千円		
被保険者が勤務をしていた事業所の	名称				
	所在地	〒 —			
	電話番号	()	事務担当者名		
被扶養者の有無	<input type="checkbox"/> 有り(名) → <input type="checkbox"/> 無し		改めて再認定が必要ですので被扶養者異動届に必要な書類を添付のうえ、再提出して下さい。		
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
〒 —					
現住所 _____					
氏名 _____					
電話 _____ ※日中ご連絡がとれる番号を記入してください					
アドレス _____					
代理提出者の署名				続柄	

※太枠線内のみご記入下さい。

健保組合 使用欄	資格喪失届	証回収	資格喪失日確認方法
	済・未	有・無・ 当日	電話にて確認 ・ 証明書等で確認

審査
入力
一次
二次
発送

注意事項

- 1 この申請書は被保険者資格喪失の日(退職の翌日)から20日以内に当組合事務所に提出しなければ無効になります。
- 2 天災地変・交通・通信等のストライキ以外の理由による申請の遅れは無効です。

確認及び誓約書

～ 必ずお読みのうえ、ご署名ください ～

《確認事項》

1.任意継続の加入期間について

最長2年間となります。 ※原則2年間、保険料は変わりません。

但し、「就職して新しい健康保険に加入するとき」や「保険料の入金が納付期限までになかったとき」「任意での資格喪失の申出があったとき」は資格喪失となります。
詳しくは、当組合ホームページをご覧ください。

2.保険料の納付方法について

① 初回(資格取得月)の保険料

「任意継続被保険者資格申請書」等を当組合にて受付した後に、初回保険料の金額と振込口座情報を通知します。初回保険料の振込みをお願いいたします。

② 2か月目以降の保険料

振込みもしくは口座振替となります。

①振込の場合 毎月末にお送りする「納付書」にて納付をお願いいたします。

②自動振替の場合 被保険者証に同封して「自動振替サービス確認書」をお送りします。記入・押印のうえ、当組合までご返送ください。

※ 「自動振替サービス確認書」の受付後、自動振替の開始まで**約2か月間**を要しますので、自動振替の手続が完了するまでは、振込みによる納付をお願いすることになります。予めご了承ください。

《誓約事項》

3.被保険者証の返却について

被保険者証は資格喪失日以降、使用しません。

① 資格喪失したときは、5日以内に当組合まで被保険者証を返却します。

② 資格喪失後に誤って被保険者証を使用したときは、医療費を返還します。

4.健康診断の受診について（40歳以上の方へ）

年1回、健康診断を必ず受診します。（40歳以上の被扶養者を含む）

※ 但し、任意継続加入前に健康診断を年度内で受診している場合は除く。

受診期間：加入日から3月31日まで

未受診の方には、無料で健康診断を受診できる「受診券」をお渡します。

神奈川県医療従事者健康保険組合あて

◎ 上記について、確認のうえ誓約いたします。

また、代理人として、被保険者本人に連絡することを約束します。

令和 年 月 日

(本人・代理人) ご署名

郵送する前に、もう一度ご確認ください。

《申請に必要な書類》

- 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書
- 別紙「確認及び誓約書」
- 住民票 1通（3か月以内発行のもの（コピー可））
※扶養家族がいる場合は、その扶養家族も記載されているもの
- 退職日のわかる書類（お持ちの方のみ）

《必要に応じて提出する書類》

◆前納を希望される方

- 任意継続健康保険 前納申込書

◆扶養家族がいる方

- 健康保険 被扶養者（異動）届
- 必要な添付書類 ※当組合ホームページにてご確認ください。

送付先

〒231-0033

横浜市中区長者町3-8-11 リッシュアヴェニュー横濱関内5階

神奈川県医療従事者健康保険組合 管理課

TEL 045-641-3400

極秘

※	令和 年 月 日 証返	記号	8001	番号			
	令和 年 月 日 起案	第1回保険料納付日					
決	資格取得日	昭・平 年 月 日	任意継続資格取得日				
	資格喪失日	平成 年 月 日	任意継続喪失予定日				
定	喪失時報酬月額	千円	被扶養者数		有()・無		
	前年度公示金額	360	千円	高齢受給者証		有・無	
同	保任意料継続	一般保険料		調整保険料	介護保険料	合計額	
		(基本保険料)	(特定保険料)				
※		円	円	円	円	円	円

※上記欄及び右欄には何も記入しないで下さい。

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

喪失前被保険者証の	記号	2312	被保険者氏名性別 任継 花子	男・ 女
	番号	200		昭和・平成 62 年 11 月 7 日生
資格喪失年月日	平成34年8月1日 (退職した日の翌日を記入)	資格を喪失した際の標準報酬月額	千円	
被保険者が勤務をしていた事業所の	名称	〇〇病院		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町		
	電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	事務担当者名	健保 太郎
被扶養者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有り(1 名) <input type="checkbox"/> 無し		改めて再認定が必要ですので被扶養者異動届に必要な書類を添付のうえ、再提出して下さい。	
上記のとおり申請します。				
令和 年 月 日				
〒〇〇〇-〇〇〇〇				
現住所 横浜市〇〇区〇〇町				
氏名 任継 花子				
電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇				
神奈川県医療従事者健康保険組合理事長 殿				
代理提出者の署名		続柄		

※太枠線内のみご記入下さい。

健保組合 使用欄	資格喪失届	証回収	資格喪失日確認方法	
	済・未	有・無・当日	電話にて確認	証明書等で確認

注意事項

- 1 この申請書は被保険者資格喪失の日(退職の翌日)から20日以内に当組合事務所に提出しなければ無効になります。
- 2 天災地変・交通・通信等のストライキ以外の理由による申請の遅れは無効です。