

(提出ルート)

被保険者 → イオン健康保険組合

〒261-8515 千葉県美浜区中瀬1-5-1

(☎ 043-212-6048)

イオン健康保険組合理事長 殿

### 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

< 被保険者記入欄 > 平成 年 月 日 下記のとおり申請します。

※注意事項は裏面参照

①退職(資格喪失)時の保険証		②被保険者氏名・印		③性別	④生 年 月 日	⑤年齢
記号	番号	(フリガナ)	サイゴウ タカオ			
8	987〇54		西郷 高雄	男		
退職(資格喪失)時に勤務していた事業所(会社)		⑥名 称	イオンリテール(株)		⑧資格喪失日(退職日の翌日)	
		⑦所在地	千葉県美浜区高洲3-13-2		平成 28年 6月 20日	
⑨被扶養者について				⑩保険料納付方法(郵便局で払込み)		
有 1人・無 ★「有」の場合は次の書類を添付すること。 1. 「世帯全員の住民票(続柄記載あり)」 1通 2. 下記「健康保険 被扶養者届(任意継続加入時)」に引き続き扶養する家族をご記入の上で「被扶養者現況届」 3. 添付書類				<希望される番号に○をつけてください> ★前納割引制度あり 1. 毎月納付する。(前納は希望しない。) 2. 半年毎(9・3月分迄)の前納を希望する。 3. 一年間(3月分迄)の前納を希望する。		
⑪郵便番号		⑫退職(資格喪失)後の住所 ※注1				
8 5 7 - 〇 × 〇 ×		フリガナ ( ナガサキケン サセボシマルバツ7チ1-1 ) 長崎 佐世保市〇×町1-1				
⑬電話番号			⑭資格喪失時の組合名称 注1) ただし退職後に引越しをされる方は、引越し後の連絡のとれる住所・電話番号を記入して下さい。(退職後の住所が申請書提出時の住所と異なる場合は、裏面の記入欄に引越し日と引越し前の住所・電話番号を記入して下さい。)			
自宅: 0956 ( 25 ) 〇×〇×			イオン健康保険組合			
携帯: ( )						

< 引き続き扶養する家族がいる場合は、必ず記入ください。 >

### 健康保険 被扶養者届(任意継続加入時) ※注2

被扶養者欄	被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業等	同居別居
	フリガナ	サイゴウ	ハルミ	昭和 33年 12月 25日 平成	男 女	妻	パート
	西郷 晴美						
フリガナ			昭和 平成	年 月 日	男 女		同 別
フリガナ			昭和 平成	年 月 日	男 女		同 別
フリガナ			昭和 平成	年 月 日	男 女		同 別

注2) 任意継続健康保険に加入する場合、認定の見直し(扶養審査)を行います。ひとりに1枚「被扶養者現況届」を作成の上、添付書類を添付して下さい。状況により別途届出が必要な場合があります。

2015.7

< 健保処理欄 >

喪失時	資格取得年月日	年 月 日	標準報酬月額	任意継続 保険証	記号	番 号
	資格喪失年月日	年 月 日			90	
任意継続	資格取得年月日	年 月 日	標準報酬月額	保険料月額	介護保険	有 ・ 無
	喪失予定年月日	年 月 日			円	1.添付 2.不能 3.減失 H 年 月 日

常務理事	事務長	課長	係

確認日
-----

受付日
-----

## <加入時注意事項>

1. この申請書は資格喪失日(会社を退職した日等の翌日)より起算して20日以内にイオン健康保険組合へ提出して下さい。  
万一、会社等を経由して提出したため20日以内にイオン健康保険組合へ届かない場合申請手続きができない場合もございますので充分注意して下さい。
2. 資格喪失日の1ヶ月前より申請手続きはできません。  
(資格喪失日までに1ヶ月以上ある申請は受付いたしません。)
3. 被保険者の資格期間は、原則として2年間です。加入前に国民健康保険の保険料を必ず確認して下さい。  
(加入中に75歳になる方は誕生日の前日までが資格期間です。)
4. 保険料は全額自己負担することになります。加入前に必ず確認して下さい。  
(任意継続健康保険料だけではなく、国民健康保険料も必ずご確認ください。)
5. 保険料(初回保険料・毎月保険料)が納付期限内に納められなかった場合は、法律により自動的に資格喪失となりますので加入後の保険料の支払いは納付期限を厳守していただくようお願いいたします。納付書は、任意継続の保険証と一緒に送付いたします。

## <喪失時注意事項>

被保険者の資格喪失は、下記の理由に該当したときに限ります。

「国民健康保険に加入する」「どなたかの扶養に入る」等は喪失理由とはなりませんのでご注意ください。

- ① 健康保険の被保険者資格を取得したとき(就職先にて健康保険に加入した場合)
- ② 船員保険の被保険者資格を取得したとき
- ③ 被保険者が死亡したとき
- ④ 法定期間(2年間)が満了したとき
- ⑤ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったとき(75歳になったとき等)
- ⑥ 保険料が納付期日までに納付できなかったとき

郵便番号		引越し前の住所			
-		フリガナ ( ) 都道 府県			
引越し前の電話番号		引越し年月日			
自宅: ( )		平成 年 月 日			
携帯: ( )					