

(提出ルート)

被保険者 → イオン健康保険組合

〒261-8515 千葉市美浜区中瀬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> 令和 7年 1月 1日 下記のとおり申請します。

①退職(資格喪失)時の保険証 記号 番号		②被保険者氏名 (フリガナ) サイゴウ タカオ		③性別	④生 年 月 日		⑤年齢
8 987〇54		西郷 高雄		男	昭・平 28年 9月 25日		65
退職(資格喪失)時に勤務していた事業所(会社)		⑥会社名 イオンリテール(株)		⑧資格喪失日(退職日の翌日)			
		⑦店舗名(部署名) イオンスタイル東京店		令和 6年 12月 21日			
⑨被扶養者について 有( 1 人)・無 <該当する方に○> ★「有」の場合は次の書類を添付すること <input type="checkbox"/> 1. 「世帯全員の住民票(続柄・筆頭者記載有)原本」1通 <input type="checkbox"/> 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し「被扶養者現況届」を別途記入 <input type="checkbox"/> 3. 被扶養者現況届を記入した際の「添付書類」				⑩保険料納付方法(郵便局での払い込みのみ) <希望される番号に○をつけてください> <input checked="" type="checkbox"/> 1. 毎月納付する(前納は希望しない) 2. 半年毎(9・3月分まで)の前納を希望する 3. 一年間(3月分まで)の前納を希望する ★前納割引制度あり ※振込手数料は被保険者負担			
⑪郵便番号		⑫退職(資格喪失)後の住所 ※注1				⑭資格喪失時の組合名称	
8 5 7 - 〇 × 〇 ×		フリガナ ( ナガサキケン サセボシマルバツマチ1-1 ) 長崎 都道府県 佐世保市〇×町1-1				イオン健康保険組合	
⑬電話番号 自宅: 0956 ( 25 ) 〇×〇× 携帯: ( )		⑮裏面または2枚目の注意事項を確認しましたか <input checked="" type="checkbox"/> 確認しました		※注1 たた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(2枚目)の下段に引越し前の住所・電話番号・引越し日を記入して下さい。)			
⑯資格確認書 発行有/無		※裏面または2枚目の注意事項を確認の上、チェックをいれてください 理由: <input type="checkbox"/> 取得していない、返納した <input checked="" type="checkbox"/> 保険証利用未登録、利用登録解除申請者・解除者 <input type="checkbox"/> 電子証明書の有効期限切れ					

### 健康保険 被扶養者届(任意継続加入時) ※注2

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 西郷 晴美	昭・平・令 29年 10月 24日	男	妻	パート	同・別
フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女			同・別
フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女			同・別
フリガナ	昭・平・令 年 月 日	男・女			同・別

※注2 引き続き扶養する家族がいる場合は必ず記入下さい

任意継続健康保険に加入する場合、扶養の再審査を行います。世帯全員の住民票(続柄・筆頭者記載有)原本1通と一人1枚「被扶養者現況届」を記入の上、必要な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。

### <健保処理欄>

2024.12

喪失時	資格取得年月日	S H R	年 月 日	標準報酬月額 千円	任意継続 保険証	記号	番 号
	資格喪失年月日	R	年 月 日	千円		90	
任意継続	資格取得年月日	R	年 月 日	標準報酬月額 千円	保険料月額 円	介護保険	有 ・ 無
	喪失予定年月日	R	年 月 日	千円	円	1.添付 2.不能 3.減失 令和 年 月 日	

常務理事	事務長	課長	係

R 年 月 ~	保険料月額 円
介護 有・無	円

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直接提出して下さい。（資格喪失前の申請は受付致しません。返却します）  
万が一、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。

（20日目が土・日曜日または祝日の場合は翌営業日）

2 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。）  
国民健康保険では倒産・解雇及び雇い止めなどにより、離職された方を対象に保険料を軽減する制度もあります。

また、国民健康保険料は、毎年4月1日に計算変えがあり、4月～翌年の3月分の保険料は、前年の1～12月の収入で決まりますので、1～3月の間に市町村へ確認をお願い致します。

3 保険料は全額自己負担することになります。

（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。）

4 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頂くようお願い致します。

郵便局で振り込んで頂く納付書は、任意継続の書類と一緒に送付致します。

5 郵便局で振り込む際の手数料は、被保険者負担となります。

## <資格確認書発行要否>

資格確認書の発行が必要な場合（※）は「発行が必要」にチェックを入れてください。

※以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

## <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。

- 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
- ⑦ 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を保険者に申し出たとき  
※その申出が受理された日の属する月の翌月1日に任意継続被保険者の資格を喪失  
※申出書受理後は、原則として取り消しはできません

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