

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

申出者記入用

| | | | |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当者 |
| | | | |

みづほ健康保険組合

| | | | | | | |
|---------------------|-------------------------------|--|-----------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 申出者情報 | 勤務していた時に使用していた被保険者証の (左づめ) | 記号 — | 番号 — | 生年月日 | | |
| | 氏名 | フリガナ | 健康保険被扶養者となられる方は | | | |
| | 住所 | (〒 —) | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL | () | | | |
| | 勤務していた 事業所の | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 令和 年 月 日 | この申請書は資格喪失日(退職の翌日)以降に提出してください。 提出期限は、退職後20日以内です。 ※期日を過ぎると資格取得申請ができません。 | | | | |

| | | | |
|------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| 納付方法 | 希望する 保険料の納付方法 | 希望する番号を枠内にご記入してください | |
| | <input type="checkbox"/> | 1. 毎月納付 2. 9月までの前納 3. 来年3月までの前納 | 納付書をお送りしますので、銀行もしくは郵便局で納付してください。 |

◎欄は、みづほ健康保険組合が使用するので、記入しないでください。

| | | | |
|-----|--------|----|---|
| ◎資格 | 取得 | . | . |
| | 喪失 | . | . |
| | 喪失時の報酬 | 千円 | |

| | | | |
|-----|------|----|---|
| ◎決定 | 任継 | 号 | |
| | 喪失予定 | . | . |
| | 標準報酬 | 千円 | |

任意継続
被保険者の
加入期間

任意継続被保険者の加入期間は2年間です。
(被保険者の任意の申出によって資格を喪失することはできません。)
ただし、下記に該当した場合は、2年を経過する前であっても任意継続被保険者の資格を喪失します。
①死亡したとき
②保険料を納付期限までに納付しなかったとき
③就職等により、健康保険等の被保険者となったとき
④後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
「国民健康保険に加入する」「家族の健康保険への扶養に入る」などの理由で資格喪失することはできませんので、ご了承ください。

国民健康保険
について

住所地の市区町村役場が行っている医療保険制度として国民健康保険制度があります。
保険料額等を各市町村の国民健康保険担当部署にお問い合わせのうえ、比較検討されることをお勧めいたします。なお、倒産・解雇などで離職した方(雇用保険の特定受給資格者)及び雇止めなどにより離職された方(雇用保険の特定理由離職者)については、国民健康保険料(税)を軽減する制度がありますので、参考にしてください。

被保険者証のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

受付印

| |
|--|
| |
|--|