

### 任意継続被保険者 資格取得申請書

記入例

ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

在職時の健康保険証		フリガナ <b>ケンポ タロウ</b>	氏名 <b>健保 太郎</b>	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 <b>昭平</b> ×× 年 ×× 月 ×× 日
記号 2000	番号 × × × × × ×				退職時年齢 ×× 歳
勤務地・所属 堺) ○○○本部 ○○○部			退職日 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日		
個人番号(マイナンバー)の変更の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※変更がある場合は、右に個人番号 12 桁を記入してください					
退職後住所		〒 <b>123 - 4567</b> TEL <b>06 - 1234 - 5678</b> <b>○○県○○市○○町1-2-3</b>		転居予定日 月 日	
緊急連絡先		携帯TEL <b>090 - 0000 - 0000</b>	メールアドレス <b>****.****@****.****</b>		

◆保険料の納付単位

納付単位	<input type="checkbox"/> 毎月払い	<input checked="" type="checkbox"/> 半年前納	<input type="checkbox"/> 1年前納
------	-------------------------------	--	-------------------------------

◆保険料の納付方法

<input checked="" type="radio"/> A ゆうちょ銀行口座からの自動引き落とし ※給付金がある場合は、保険料を引き落とす ゆうちょ銀行口座に入金します	<input type="radio"/> B 振込用紙で振り込み(振込用紙は健保で発行) ※給付金がある場合は、提出頂く「通帳」 コピーの指定口座へ入金します
--	---

【添付書類チェックリスト】 ※ア、ウ or エは、提出必須です。該当する項目にチェックを入れてください。

- ア.必ず世帯全員(続柄表示要)の住民票 ※扶養家族を申請しない場合は本人のみ記載のもので可
- イ.個人番号に変更がある方「個人番号カード(両面)」または「通知カード」のコピー
- ウ.保険料の納付方法Aを選択の方「(様式番号 14)自動払込利用申込書」
- エ.保険料の納付方法Bを選択の方 給付金受け取り口座の「通帳」コピー
- オ.申請の扶養家族がいる方「(様式番号 15)任意継続被保険者 資格取得時扶養認定申請書」

【申請期限】 退職日以降 20 日以内 ※遅れると加入できないため、ご注意ください。

【提出先】 (八尾)シャープ健康保険組合 ※郵送の場合:大阪府八尾市北亀井町 3-1-72(〒581-8585)

【事務取扱欄】

資格取得日	令和 年 月 日	退職時の標準報酬月額	千円
任意継続標準報酬月額		千円	

健保受付印

常務理事	事務長	課長	担当

## 任意継続被保険者 加入誓約書

1. 任意継続期間	退職日の翌日から継続して最長2年間（2. 資格喪失理由の②～⑥に該当した時を除く）
2. 資格喪失理由	以下の理由に該当したときは資格を喪失します。 ①任意継続被保険者期間が2年を満了したとき ②勤務先の社会保険(健康保険)に加入したとき ③後期高齢者医療制度に該当となった(後期高齢者医療被保険者証をうけた)とき （75歳になったとき、または65歳以上で一定以上の障害と認定されたとき） ④被保険者が死亡したとき ⑤保険料を期限までに納付しなかったとき(引き落としができなかったときを含む) ⑥申し出によって脱退を希望したとき
3. 資格喪失の届出	②③に該当した場合は、直ちに健保組合へ連絡のうえ、手続きが必要です。 ⑥申し出による脱退手続きが完了後に発行される「資格喪失通知書」を利用し、次に加入する健康保険の手続きを行ってください。
4. 保険証について	資格喪失をした場合は、必ず保険証を返却ください(健康保険法施行規則第51条)。 <u>※資格喪失日以降、シャープ健康保険証を使用して受診した場合は、健保負担分の医療費はシャープ健康保険組合に返金します。</u> ※不正に被保険者証を使用した場合、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

本申請書に記載された個人情報は、健康保険組合ホームページに記載の利用目的の範囲内で活用されます。

シャープ健康保険組合 殿

私は、以上の事項を理解・承諾した上で、任意継続被保険者制度の加入手続きを行うことを誓約します。

\*\*\*年 \*\*\*月 \*\*\*日

**健保 太郎**

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

自動引き落としはゆうちょ銀行に限ります。本書類はゆうちょ銀行へ送付するため、片面で作成してください。

(様式番号 14)

## 自動払込利用申込書 (収・加)

ゆうちょ銀行

種目コード			種別コード		通帳記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入ください)					通帳番号 (右からつめてご記入ください)								
1	6	6	2	8	1	×	×	×	0	※	×	×	×	×	×	×	×	×

フリガナ	ケンポ タロウ		お届け印
口座名義人	健保太郎		健保

(氏名コード: × × × × × × ) ※被保険者 (本人) の名義口座に限ります。

### 【太枠のみ、ご記入ください】


・払込日は、ご選択いただけません

### 【記号と番号の記入について】

- ・必ず通帳をご確認のうえ、ご記入ください  
(下の通帳サンプルの緑枠で囲まれた部分が、記号と番号です)
- ・番号の末尾は、必ず「1」となります

### 【届出印について】

- ・届け出の印鑑と異なっていたり、印面がかすれていると登録ができず、再作成をお願いすることになりますので、注意して捺印してください

<b>記号</b> 11960		<b>番号</b> 1234561	
おなまえ ユウセイ タロウ 様			
おところ (郵便番号 100-0013 ) 東京都千代田区霞ヶ関2丁目 3-1			
			<b>お届け印</b> 

**ゆうちょ銀行の記号・番号**  
ご入金・ご出金・ゆうちょ銀行口座間の振替は、これまでどおり記号・番号をご使用ください。

任意継続被保険者資格取得時 扶養認定申請書

氏名: **健保 太郎** (氏名コード: ××××××)

【添付書類チェックリスト】 ※aとbは提出必須です。その他、該当する書類はすべて添付ください。

- a. 必ず 世帯全員の住民票(続柄表示要) ※本人含めて全員記載があれば1部提出で可
- b. 必ず 19歳以上の申請家族の「所得証明書」※無収入の場合は「非課税証明書」を入手ください。(学生含む)
- c. 個人番号に変更がある家族 該当家族の個人番号が確認できる書類のコピー
- d. 学生の家族 高校生以上の「学生証」コピー
- e. 働いている家族 直近3カ月分の「給与明細書」コピー
- f. 年金を受けている家族 「年金振込通知書」など年金額がわかる書類のコピー
- g. 給与・年金以外の収入を確定申告している家族  
「青色決算申告書」など収入・支出の内訳がわかる書類のコピー
- h. 別居の家族
  - ①直近6カ月の「仕送り明細書」コピー(手渡しは認められません。金融機関の明細コピー)
  - ②別居家族の世帯全員の住民票(学生家族は①②とも不要)

1	氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	住居	市町村の医療補助
	フリガナ <b>ケンボ ハナコ</b>	<b>昭</b> 平 令 ××年××月××日	<b>45</b>	男 <b>女</b>	<b>妻</b>	<b>同居</b> ・ 別居	<b>無</b> 有 いつから 年 月～
	個人番号(マイナンバー)の変更の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※変更がある場合は、右に個人番号 12 桁を記入してください						
申請家族の現況が該当するものにチェックしてください(複数チェック可) <input type="checkbox"/> 無 職 <input type="checkbox"/> 全日制の学生 <input checked="" type="checkbox"/> 働いている <input checked="" type="checkbox"/> 年金を受けている <input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある 高校生以下も含む 別居の場合は、別居の住所及び連絡先を記入してください 〒 - TEL: - -							
2	氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	住居	市町村の医療補助
	フリガナ	昭 平 令 年 月 日		男 ・ 女		同居 ・ 別居	無 有 いつから 年 月～
	個人番号(マイナンバー)の変更の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※変更がある場合は、右に個人番号 12 桁を記入してください						
申請家族の現況が該当するものにチェックしてください(複数チェック可) <input type="checkbox"/> 無 職 <input type="checkbox"/> 全日制の学生 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 年金を受けている <input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある 高校生以下も含む 別居の場合は、別居の住所及び連絡先を記入してください 〒 - TEL: - -							
3	性別	生年月日	年齢	性別	続柄	住居	市町村の医療補助
	フリガナ	昭 平 令 年 月 日		男 ・ 女		同居 ・ 別居	無 有 いつから 年 月～
	個人番号(マイナンバー)の変更の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※変更がある場合は、右に個人番号 12 桁を記入してください						
申請家族の現況が該当するものにチェックしてください(複数チェック可) <input type="checkbox"/> 無 職 <input type="checkbox"/> 全日制の学生 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 年金を受けている <input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある 高校生以下も含む 別居の場合は、別居の住所及び連絡先を記入してください 〒 - TEL: - -							