

# 記入例

申請期限 …… 退職後20日を超えて到着した申請は、一切お受けできませんのでご注意ください。

居住証明 …… 必ず添付してください。

事前申請 …… 資格確認書の交付等は、資格喪失日(退職日の翌日)以降となります。

任意継続保険料を必ずご確認のうえ、ご提出ください。

## 健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

\*この申出書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に健保組合へ到着するように提出してください(喪失予定日の2週間前からお預かりいたします)  
 \*この申出書に申請者の居住証明(住民票、免許証どちらかの写し)を添付してください。  
 \*お急ぎの場合は、退職証明書(写でも可)等を添付してください。

申請者のフリガナ	フドウサン	タロウ	生年月日	昭和 00 年 5 月 1 日	年齢	00 歳	性別	男
氏名	不動産	太郎		平成 00 年 5 月 1 日				
現住所	〒160-0000 東京都新宿区〇〇0-0-0 (自宅)		03-0000-0000 (携帯)		090-0000-0000			
名称	〇〇不動産株式会社		資格確認書発行可否	<input type="checkbox"/> 発行が必要				
本社住所	東京都千代田区〇〇0-0-0		記号	3000	番号	30	資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和 7 年 1 月 1 日

取得月以降の納付方法をご選択ください。(以後、資格喪失まで納付方法は変更できません)

① 毎月払い  
 ② 年一括前納  
 ③ 半期前納

<左記②・③について>  
 ・前納期間は、4～9月・10～翌年3月までの半期、4～翌年3月までの年一括の期間が基本となり、取得する時期により期間に違いがあります。また保険料が割引(年4%複利現価法による)になります。

<注意事項>  
 ・前納保険料の納付期限は任意継続の資格取得月の末日となります。喪失日及び申請の手続き時期によってはお受けできない場合もあります。  
 ・毎月払いの納付期限は当月の10日になります(入金いただくと翌月10日まで資格が発生します)。  
 ・選択のない場合は、毎月払いとさせていただきます。  
 ・保険料の口座自動引落としてはできません。

**注意事項(必ずご確認ください)**  
 ・資格取得申出書を受付後、資格喪失日以降に資格喪失の確認が取れ次第、納付書(初回分・2回目以降)等をご自宅に簡易書留でお送りします。  
 ・初回保険料が納付期日までに納付されなかった場合は、任意継続被保険者の資格が取消しとなります。  
 ・振込金融機関は、みずほ銀行、三井住友銀行のみとなります。

**保険料の納付誓約**  
 指定された納付期日までに必ず納付することを誓約します。なお違約した場合は、健康保険法第38条第3号(保険料を納付期日までに納付しなかったときは被保険者の資格を喪失する)に基づき資格を喪失しても異議申し立て致しません。

氏名 不動産 太郎

被扶養者欄

・引き続き被扶養者として申請する方を以下にご記入ください。  
 (注)ご記入のない被扶養者は削除となります。  
 (注)新たに被扶養者の申請を行う場合は、別途添付書類をいただく場合がございます。

被扶養者として加入するのは	続柄	被扶養者の氏名	生年月日	性別	職業 月平均収入	被保険者との同居又は別居	資格確認書発行可否
継続 新規	妻	フドウサン ハナコ	昭5 平7 令9 001201	男	主婦 0円	同居	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要
継続 新規	長女	フドウサン ミカコ	昭5 平7 令9 001031	男	アルバイト 7万円	同居 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要
継続 新規	長男	フドウサン ケンタロウ	昭5 平7 令9 000707	男	高校生 0円	同居 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要
継続 新規		フドウサン (氏名)	昭5 平7 令9	男 女		同居 別居	<input type="checkbox"/> 発行が必要

**【申出書送付先及び問い合わせ先】**  
 〒163-1305 東京都新宿区西新宿6-5-1  
 新宿アイランドタワー5階 私書箱1600号  
 東京不動産業健康保険組合 情報管理一課  
 電話番号 03-3343-2803

**\* 広報誌 (Wellset) の配付 \***  
 申込制となっておりますので、配付の有無をご選択ください。  
 (注) 選択がない場合は「希望しない」とみなし、配付いたしません。

希望する 希望しない

**健保組合記入欄**

資格取得決定事項	保険料
番号	資格取得年月日
年 月 日	初回請求額 円 ( ~ 月分)
年 月 日	振込期限 年 月 日
年 ~ 月分	年 ~ 月分
半 ~ 月分	半 ~ 月分

「継続」…… 退職時から引き続き被扶養者として申請する場合(添付書類は必要ありません)。  
 「新規」…… 退職後新たに被扶養者として申請する場合(添付書類が必要です)。

千円 千円入 金額 円

常務	事務長
部長	課長
係長	係員

**納付方法**  
 一度選択した納付方法は任意継続被保険者の加入期間終了まで変更することはできません。

**保険料の納付誓約**  
 誓約内容をご確認のうえ署名をしてください。(誓約したくない場合、署名がない場合は任意継続申請ができません)

**被扶養者欄**  
 任意継続被保険者制度での被扶養者申請(※新たに被扶養者にする場合は別途添付書類が必要となります)

**資格喪失年月日**  
 退職日の翌日を記入してください。(会社の担当者に退職日を確認してください)

**保険料について**  
 保険料納付等の諸注意になります。ご一読のうえ内容を確認してください。

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

**収入**  
 収入には給与・年金(国民・厚生・遺族・障害・)