

常務理事	担 当 部

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

別紙「健康保険任意継続加入について」を十分検討し、内容を承知いたしましたので、下記の通り、大阪府建築健康保険組合に申請いたします。

令和 年 月 日

(〒 -)

住所

氏名

電話番号

()

被 保 険 者 欄	1	健康保険被保険者 記号 - 番号	—	健 保 使用欄	999 —
	2	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	3	資格喪失時の 標準報酬月額 千円
	4	勤務してい た事業所	名称	所在地	
	5	備 考			

健康保険 被扶養者届【任意継続資格取得時】

被 扶 養 者 欄	6	フリガナ 被扶養者氏名	7	生年月日	8	性 別	9	続 柄	10	職 業	11	年 間 収 入	12	同居・別居の別	13	別居の場合の住所
				昭 平 令	. .		男・女					円			同居・別居	
			昭 平 令	. .		男・女					円			同居・別居		
			昭 平 令	. .		男・女					円			同居・別居		
			昭 平 令	. .		男・女					円			同居・別居		
			昭 平 令	. .		男・女					円			同居・別居		

* 記入上の注意 *

- ◎ 「9・続柄」欄には「妻」「長男」「義母」などと記入してください。
- ◎ 「10・職業」欄には「高校1年生」「パート」「自営業」等具体的に記入してください。
- ◎ 「11・年間収入」欄には給与収入(通勤費含む)や家賃収入、年金収入等全ての収入金額を記入してください。

* 添付書類 *

- ◎ 『健康保険任意継続加入について』(最下段に署名したもの)
- ◎ 任意継続被保険者資格取得時に、新たに被扶養者となる方がおられる場合は、別途添付書類が必要となることがありますので、当組合までお問い合わせください。

受 付

健康保険任意継続加入について

◎任意継続の制度は、次のようになっています。十分検討のうえ手続きをしてください。

◎申請される方は下段にご署名のうえ、任意継続被保険者資格取得申請書等と併せてご提出ください。

1. 加入できる方は 資格喪失日（退職日の翌日）前、継続した被保険者期間が2ヶ月以上ある方。
2. 申請は 資格喪失日から20日以内に『健康保険任意継続被保険者資格取得申請書』を提出してください。
☆20日を経過した申請は受理できませんのでご注意ください。
3. 加入期間（被保険者期間）は 最長で2年間です。
①保険料を納付期日までに納付しなかったとき
②後期高齢者医療制度に加入したとき
③被保険者が死亡したとき
④再就職により協会健保・組合健保・船員保険等の被保険者となったとき
⑤資格喪失の申し出をおこなったとき
①～④の事由が生じたときは即日資格喪失となります。また、⑤によって資格喪失する場合は、申し出受理日の翌月1日をもって資格喪失となります。
4. 保険料額は 退職時の標準報酬月額額の保険料額（事業主負担分も含む全額）です。
ただし、最高限度額が決められています。（前年9月末当組合全被保険者の平均による）
一般保険料の最高限度額 1ヶ月 43,120円（標準報酬月額
介護保険料（※）の 〃 1ヶ月 7,744円 440千円）
※介護保険料は、40歳以上65歳未満の被保険者（介護保険法第2号被保険者）に一般保険料と併せてご負担いただきます。
◎退職理由が雇用保険の特定受給資格者（倒産・解雇等）・特定理由離職者（雇い止め等）に該当する場合は、国民健康保険の保険料が軽減されることがありますので、お住まいの市区町村国民健康保険の窓口でご相談ください。
5. 保険給付は 在職中と同様に受けられますが、現金給付の傷病手当金と出産手当金は受けることができません。（すでに支給を受けている方等、受けられる場合もありますので、詳しくは業務課給付担当〔TEL06-6942-3624〕までお尋ねください。）
6. 保険料は 初回保険料は当組合よりの手続完了の通知後、速やかに納付してください。
以降月々納付の場合は、毎月10日（休日の場合は翌金融機関営業日）までに納付してください。
この納期日を過ぎますと自動的に資格はなくなります。
天災地変等やむを得ない理由以外、納期日後の納付は受理いたしませんのでご注意ください。
○初回保険料は手続きの時期により、2ヶ月分を1度に納めていただく場合があります。
○2回目以降の保険料について、一定期間分を前納できます。希望される方は申し出てください。

上記のことについて十分検討し、保険料の納付についても承知しました。

令和 年 月 日

住 所

氏 名