

常務理事	事務長	担当者	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の健康保険被保険者証等の記号番号		-	資格喪失時の事業所名称											
申請者氏名	フリガナ				生年月日	昭和	年	月	日	性別	男・女			
						平成								
住民票住所	〒 -				電話番号	自宅	-	-						
居所	〒 -					携帯	-	-						
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和	年	月	日	被扶養者の有無	有 ( 人 ) ・ 無								
保険料の納付方法	1. 毎月納付(初回納付期限は定められた日まで。2回目からは毎月1日から10日までに納付) 2. 半期前納(4月から9月/10月から翌年3月) 3. 全期前納(取得月から取得年度の3月まで)						※後日、納付方法を変更する場合は、当組合にお申し出ください。							
給付等振込先(当組合から給付金等を振込むための口座)	銀行 金庫・信組 農協・漁協					支店	普通							
	本店					当座								
名義人	フリガナ				支店番号					口座番号(右づめ)				
※保険料の引き落とし口座ではありません。また、申請者本人の口座のご記入をお願い致します。														
被保険者のマイナンバー記載欄				※被保険者証等の記号番号がご不明の場合にご記入ください。 記入した場合はマイナンバーカードまたは個人番号通知書(通知カード)の写しの添付が必要となります。										

- 【 任意継続保険加入の注意点 】**
1. 申請書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内の必着となります。(土・日・祝日含む)
  2. 被扶養者が「有」の場合は、別途「被扶養者異動届」、16歳以上は「被扶養者状況調査書」と添付書類が必要となります。添付書類一覧表をご参照のうえ、あわせてご提出ください。
  3. 在職中の保険証等は、**早急に各事業所**へご返却ください。
  4. 初回保険料が期日までに振込まれなかった場合は、申請がなかったものとみなしますのでご注意ください。

※裏面に詳しい留意事項等を記載しておりますので、必ずご確認のうえ手続きしてください。

パルグループ健康保険組合記入欄				
任意継続の資格取得日	年	月	日	記号番号 9000 -
任意継続の喪失予定日	年	月	日	任意継続月額 千円
在職中の取得日及び喪失日	取得	年	月	日
	喪失	年	月	日
保険料内訳	一般保険料	円	保 険 料 納 付 期 限	/ ~ /
	調整保険料	円		
	介護保険料	円		
	合計	円		

年 月 日提出

受付年月日

## 『任意継続被保険者の手続きをする際の留意事項等について』

以下の点について理解していただいたうえで、「国民健康保険」(保険料の減免措置あり)や「家族の健康保険」(保険料負担なし)への加入についても事前に検討のうえ手続きしてください。

### 1. 資格取得要件

- 退職日までに被保険者期間が継続して2ヶ月以上あること
- 退職日の翌日から20日以内(土・日・祝日含む)に申請書を提出し、保険料を納めること  
初回保険料が期日までに振り込まれなかった場合は、申請がなかったものとみなしますので、ご注意ください。

### 2. 資格喪失要件

- 資格取得した日から起算して2年が経過したとき
- 就職して健康保険・船員保険の被保険者資格を取得したとき
- 保険料を納付期限までに納付しなかったとき
- 後期高齢者医療制度の被保険者資格を取得したとき
- 死亡したとき
- 任意継続被保険者が資格喪失を申出たとき  
※被保険者が資格を喪失すると、被扶養者である家族も資格を喪失します。

### 3. 保険料 ※資格取得日の属する月から資格喪失日の属する月の前月までが対象

- 退職時の標準報酬月額 × 保険料率
- 事業主による保険料の負担はなく、全額自己負担となります
- 保険料率(介護保険料率含む)は改定する場合があります
- 40歳以上65歳未満の者は、別途、介護保険料を徴収します(65歳以上になると市町村へ納付)
- 取得月の保険料は、「パルグループ健保指定口座」または「現金書留」のいずれかで納付してください
- 年4分の利率(複利原価法)による前納割引(取得月の翌月分から)あり
- 前納期間途中で脱退された方は保険料の返納があります
- 納付にかかる手数料(振込手数料や現金書留の費用)は本人負担となります ※口座振替制度なし
- 納付期限は、当月10日(10日が土日祝日の場合その翌日) ※「取得月」「前納」を除く

#### ○納付方法

- 1. 毎月納付
- 2. 半期(前期・後期)前納 ←
- 3. 全期前納 ←

前期: 4月(または取得月の翌月)～9月(または喪失月の前月)  
後期: 10月(または取得月の翌月)～3月(または喪失月の前月)

4月(または取得月の翌月)～3月(または喪失月の前月)

### 4. 申し出が必要な事項

- 就職して健康保険・船員保険の被保険者資格を取得したとき
- 死亡したとき
- 氏名、住所、連絡先に変更があったとき
- 扶養家族に異動(増減)があったとき
- 保険料の納付方法(毎月・前納)を変更したいとき
- 任意継続被保険者資格を喪失したいとき

### 5. その他

- 表面の被扶養者有無欄が「有」の場合は、別途「被扶養者異動届」、16歳以上は「被扶養者状況調査書」と添付書類が必要になります。添付書類一覧表をご参照のうえ、あわせてご提出ください。
- 被保険者証等の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載をお願い致します。  
※個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。
- 当健康保険組合では、年に一度マイナンバー制度を利用して、皆様の住民票の住所を取得いたします。

パルグループ健康保険組合 適用係(TEL06-6459-1685)