|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 初回保険料 |  | |  |  |
| 証　送　付 |  | |  |  |
| 郵送受付 | | 窓口受付 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健　保　記　入　欄 | 総　務 | | | | | | 業　務 | | | | |  | | | | | |
| 課長 | 係長 | | | 係員 | | 課長 | 係長 | | 係員 | |  | | |  |  | |
|  |  | | |  | |  |  | |  | |  | | |  |  | |
| 資格取得 | |  |  | |  | 資格喪失  任継取得 | | |  |  | | |  | 期間満了 | | |  |  | |  | 生年  月日 | S  H  R | |  |  | 年齢 |
|  |  | | |  |  |
| 標準報酬  月額 | | 喪失時 | | | | 決　定 | | 一般保険料 | | | | 介護保険料 | | | | 合　計 | | | 任継番号 | | | | 入　金　額 | | | |
|  | | | | 上限 | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | 円 | | | |
|  | |

**健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書**

**※手続き方法及び保険料納付方法の注意事項は裏面にあります。ご一読いただき、下記の該当箇所にもれなくご記入ください。なお、初回保険料額は組合へお問い合わせください。**

**在職中より被扶養者がいる方で引き続き被扶養者として認定を希望される場合は⑥に記載してください。**

**任意継続資格取得日以降新たに被扶養者となられる方がいる場合は「被扶養者(異動)届」等を別途提出してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　健康保険被保険者証の記号・番号 | | |  | | | |  | |
| ② 資格喪失年月日  　　（退職日の翌日） | | | 令和　年　月　日 | | | | | | ③　資格喪失の際の  標準報酬月額 | | 千円 | | | |
| ④　資格喪失の際、お勤  めされていた事業所 | | | 名称 | | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | |
| ⑤　被扶養者の有無 | | | 有り ・　 無し | | | | | [有り]を○で囲んだ場合は下記の被扶養者届を記入してください。 | | | | | | |
| ⑥被扶養者届 | 氏　　　　名 | | 性別 | 生年月日 | | | | 続柄 | | 同居/別居 | | | 年間収入 | |
|  | | 男  女 | 昭・平・令  　　年　月　日 | | | |  | | 同居  別居(仕送り額　 　　　円)/月 | | | 130万円(180万円※1参照)  1．以上　　2．未満 | |
|  | | 男  女 | 昭・平・令  　　年　月　日 | | | |  | | 同居  別居(仕送り額　 　　　円)/月 | | | 130万円(180万円※1参照)  1．以上　　2．未満 | |
|  | | 男  女 | 昭・平・令  　　年　月　日 | | | |  | | 同居  別居(仕送り額　 　　　円)/月 | | | 130万円(180万円※1参照)  1．以上　　2．未満 | |
|  | | 男  女 | 昭・平・令  　　年　月　日 | | | |  | | 同居  別居(仕送り額　 　　　円)/月 | | | 130万円(180万円※1参照)  1．以上　　2．未満 | |
| ※1　60歳以上の方または障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者の方の上記収入基準額は180万円(年間収入)となります。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **⑦　保険料納付方法**  **□のいずれかにレ印を必ずつけてください。**  ※裏面の注意事項等をご確認ください。 | | **①** | | | | | | **②** | | | | **③** | | |
| **□** | | | 毎月納付 | | | **□** | | 直近の9月分  まで前納  ※手続きが9月から2月の方は選択できません。 | | **□** | | 直近の3月分  まで前納 |
| 住　所  上記のとおり申請します。  愛鉄連健康保険組合理事長　殿 | | | 〒　　　　－ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | |
| 電話番号 | | | (　　　)　　－ | | | 携帯番号 | | (　　　)　　－ | |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

　　　（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポート

の写し等）」が必要です。）

|  |  |
| --- | --- |
| 備考欄 |  |

上記のとおり申請します。

愛鉄連健康保険組合理事長　殿

✰お問い合わせ　　　愛鉄連健康保険組合　業務課　🕿052-461-6131

✰郵 送 先 〒453-0804　　名古屋市中村区黄金通1-18　愛鉄連健康保険組合

✰退職日までに継続して2か月以上の被保険者期間があること、退職日の翌日から20日以内に組合へ初回保険料を添えて任意継続被保険者資格取得申請書を提出することが、任意継続被保険者になるための条件です。

(令和4年1月5日　改)

**任意継続をお申し込みする皆さまへ**

**✎　手続き方法について**

①申請は初回保険料を添えてお申し込みください。

任意継続の保険料は資格取得日（退職の翌日が任意継続被保険者の取得日となります）の属する月から必要です。翌月に申請される場合は、申請時に２か月分が必要となります。

手続きを郵送で行う場合は、申請書と必要となる保険料を**おつりのないよう**現金書留で送付してください。

②提出期間は**退職日の翌日から20日以内**です。

郵送の場合は**20日以内(当組合の営業日必着)**となるよう提出してください。

③退職後の健康保険制度には任意継続の他に、国民健康保険を選択し加入することができます。お住まいの市区町村窓口において、国民健康保険の保険料と比較検討し手続きすることをお勧めします。

**✎　保険料の納付について**

＊当組合では、口座振替による納付はありません。

**●毎月納付について**

　任意継続被保険者資格取得申請時に初回保険料を納付後、被保険者証とともに、翌月以降～直近3月分までの保険料納付書を送付いたします。

**毎月指定期間内**（原則1日～10日）に金融機関等の窓口で納付してください。なお、納付手数料は被保険者様のご負担となります。また、納付書による振込みのためATMによるお振込みはご利用いただけません。

**●前納制度について**

　保険料の一括納付を希望する場合は、**1年単位**（直近3月分まで）、または**半年単位**（「9月分まで」と「直近3月分まで」）の前納となり、保険料の割引(年4分の利率による複利現価法)が適用されます。

　前納するときは、前納開始月の前月の指定納付期限までに保険料を払い込む必要があります。期限を過ぎると、翌月からの前納を開始することができなくなります。

　任意継続資格取得手続きを9月～2月にされる方が前納を希望される場合は、表面⑦保険料納付方法「③直近の3月分まで前納」をご選択ください。

　なお、時期によっては前納を選択できない場合があります。

**前納期間中は資格が継続されます。**

**但し、以下の場合は資格喪失となり、前納された保険料は返還されます。**

　　　　　　　　　　　□就職により新たに健康保険の資格を取得された方

　　　　　　　　　　　□後期高齢者医療制度の被保険者となったとき

　　　　　　　　　　　□被保険者本人が死亡したとき

　　　　　　　　　　　□資格喪失の申出が受理されたとき