

●申請される前に必ずお読みください。

任意継続被保険者への加入申請をされる皆様へ

【加入要件】

退職日までの被保険者期間が継続して2か月以上ある方が、**退職日の翌日から20日以内**に申請していただいた場合、引き続き**2年間**は健康保険に加入することができます。

【加入手続き】

健康保険組合へ「資格取得申請書」を提出ください。被扶養者がいる場合は、「被扶養者（異動）届」も併せて提出してください。

保険料は毎月納付される方法と、保険料をまとめて納付する前納制度をご利用いただく方法とがありますので申請時にご相談ください。

【保険料】

保険料の額は、退職時の標準報酬月額を基に決定されますが、標準報酬月額には最高限度額が決められています。

任意継続被保険者には事業主負担がありませんので、保険料は全額本人負担となります。

なお、保険料の額は加入後に改定されることもあります。

【納付期限】

保険料の納付期日は、毎月、その月の**10日**です。（10日が休祭日にあたる場合は、その該当日の翌日となります。）

なお、納付期日までに保険料の納付がなかったときは資格がなくなり、保険証での診療ができなくなりますのでご注意ください。その場合、保険証は組合宛に速やかにご返還願います。

【資格喪失】

任意継続被保険者に加入している方が、次のいずれかの事項に該当したときには資格がなくなります。（資格喪失といいます。）

- ① 加入後2年間を経過したとき。
- ② 被保険者が死亡したとき。
- ③ 納付期日までに保険料が納付されなかったとき。
- ④ 再就職等により、健康保険等の被保険者になったとき。
- ⑤ 後期高齢者医療の被保険者となったとき。
- ⑥ 初回の保険料を納付期日までに納付しなかったときは、当初から任意継続被保険者とならなかったものとみなします。
- ⑦ 脱退の申し出があったときは、その申出が受理された日の翌日、任意継続被保険者の資格を喪失します。

《健康保険組合からのお願い》

- ◎任意継続被保険者に加入され相当期間経過されている場合は、現在お支払いの保険料と国民健康保険料(税)と比較してみてください。国民健康保険料(税)は、前年の所得などにより計算されるしくみとなっていますので、国民健康保険料(税)が低額になる場合がありますので、市(区)町村の国民健康保険の担当課へご相談ください。
- ◎納付期日までに保険料が納付されなかったときは、健康保険組合から喪失理由を「未納」と表示してご通知します。

広島県自動車販売健康保険組合

〒733-0036 広島市西区観音新町2-4-25

☎ 082 (292) 8643

常務理事	事務長	係長	係員

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 記号	番号	氏名	性別	生年月日
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日生
資格喪失年月日 (退職の翌日)	令和 年 月 日			

勤務していた 事業所名称	名称	
	所在地	

資格喪失の際の加入組合名	広島県自動車販売健康保険組合
--------------	----------------

保険料の納付 方法について	ご希望の納付方法について、以下の①から③のいずれかを○印で囲んでください。 なお、ご不明な点はお気軽に健康保険組合までお問い合わせください。 ① 単月(毎月納付)を希望する。 ② 半期前納(保険料を半期分まとめて納付)を希望する。 ③ 前納一括(保険料を年度末の3月分まで一括納付)を希望する。
------------------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者

住所	〒	
フリガナ		
氏名		
電話(自宅)	-	-
携帯	-	-

広島県自動車販売健康保険組合理事長 殿

※ 健保組合記入欄 ※
(以下の欄は記入しないでください。)

任意継続被保険者記号・番号		資格取得年月日		標準報酬月額
記号	99	番号	令和 年 月 日	千円
資格喪失 予定年月日	令和 年 月 日	備考		

※ 資格喪失の日(退職日の翌日)から20日以内に申請してください。
※ 性別・元号は、該当する文字を○印で囲んでください。

健康保険(任意継続被保険者用)被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	係長	係員

被保険者記号	被保険者番号	被 保 険 者 名 氏 名	生 年 月 日	昭 和 年 月 日
99			取 得 年 月 日	令 和 年 月 日
被 保 険 者 の 住 所	〒			

被扶養者となる者又は被扶養者でなくなる者について

異 動 の 別	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	職 業	過 去 1 年 間 の 収 入 額	扶 養 し は じ め た 日 又 は 扶 養 し な く な っ た 日	理 由	世 帯 別	個 人 番 号	
										住 所 (別 居 の み)	
増・減		男・女	昭 和 年 月 日 平 成 令 和			円	令 和 年 月 日		同 居 別 居		
増・減		男・女	昭 和 年 月 日 平 成 令 和			円	令 和 年 月 日		同 居 別 居		
増・減		男・女	昭 和 年 月 日 平 成 令 和			円	令 和 年 月 日		同 居 別 居		
増・減		男・女	昭 和 年 月 日 平 成 令 和			円	令 和 年 月 日		同 居 別 居		
増・減		男・女	昭 和 年 月 日 平 成 令 和			円	令 和 年 月 日		同 居 別 居		

令和 年 月 日提出

広島県自動車販売健康保険組合 殿

受付印付印

(注意事項)

1. 元号、異動の別、性別、世帯別のそれぞれの欄は、該当する文字を○印で囲んでください。
2. 続柄欄には、「妻」「長男」「長女」「父」「母」などと詳しく記入してください。
3. 職業欄には、「主婦」「年金受給者」「小学生」「中学生」「高校〇年」「大学〇年」「パート・アルバイト」等と記入してください。
4. 収入欄には、非課税対象となる年金(障害・遺族)や通勤手当、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
5. 個人番号欄は、退職時点から引き続き扶養する場合、又は被扶養者でなくなる場合は記入不要です。
6. 状況により、住民票の写しや所得証明書等を提出いただく場合があります。