

# 任意 冒頭の注意書きは必ずご一読ください。 請書

GL	担当者	担当者

- 記入前に必ず「任意継続被保険者制度加入ご案内」をご一読いただき、制度概要をご理解いただいたうえでお申し込みください。
- 記入例を参照し、①～⑤の全項目記入漏れがないよう注意してください。記入欄は2ページあります。
- 保険証・保険料納付書・他ご案内等は申請書記入住所に簡易書留で送付します。留守の場合は郵便受けに「不在票」が投函されますので必ずご確認ください。
- 保険料のお支払いには期限がございますので健保から封書が届きましたらお

選択肢がある場合は  
該当のものにマルしてください。

在職時保険証の「記号」「番号」を記入してください。

合は黒

## ①被保険者について

申請書記入日		令和 4 年 4 月 10 日		再就職が決まっている場合		令和 4 年 6 月 1 日付	
現在の保険証	記号	****	番号	****	フリガナ ( ケンポ タロウ )	生年月日	性別
任継取得後	記号	(健保記入欄)	番号	(健保記入欄)	氏名 健保 太郎	昭和 平成 38 年 5 月 20 日	男 女
住所	〒250-****		都道	市区	固定電話	0465-12-****	
	神奈川		府県	郡	FAX	0465-12-****	
	****町 1-2-345		(アパート・マンション名まで記入してください)		携帯電話	080-7890-****	
		****マンション 1011 号室					

## ②保険料納付方法について

※年度切り替えのタイミング(4月)で納付方法を

任継加入時に選択した納付方法は、  
原則2年満了まで継続します。

※年度切り替えのタイミングで変更可能です。

納付方法		
※下記より1つ選択し、✓を入れてください。		
引き落とし	<input type="checkbox"/> 毎月払い <small>※就職が決まっているなど任継に加入して間もなく脱退予定の方は、下記「振込み」のいずれかを選択してください。</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎月6日(休日の場合は翌営業日)に指定口座(被保険者名義に限る)から1か月ごとに保険料が引き落とされます。</li> <li>手続きには別途「預金口座振替依頼書」の提出が必要です。</li> <li>引き落とし開始までは2~3か月かかります。</li> </ul>
振込み	<input checked="" type="checkbox"/> 毎月払い <input type="checkbox"/> 半期ごとの一括前納 <input type="checkbox"/> 通年分の一括前納	<ul style="list-style-type: none"> <li>健保より発送する「保険料納付書」を使用し、金融機関よりお振込みください。(ATMやインターネットバンキングからも可)</li> <li>半期ごととは、4月~9月、10月~翌3月までの括りです。</li> <li>通年分とは、年度末(3月)までの括りです。</li> </ul>

通帳等から正しく転記してください。

※被保険者名義の口座に限ります。

## ③健保からの給付金等振込口座

※被保険者名義の口座に限ります

※ゆうちょ銀行の場合は【振込用】の口座情報を記入して下さい。(銀行コード=9900・支店コード=店番号を記入)

金融機関	銀行コード	* * * *	支店コード	1	2	3	預金種目	口座番号(右詰め)						
		小田原	銀行	***駅前	出張所	支店	普通	1	2	3	4	5	6	7
		他( )	組合 信用金庫	他( )	営業部	当座	・	口座名義人(カタカナで記入)						
								ケンポ タロウ						

裏面もあります(被扶養者欄の記入漏れにご注意ください)

富士フイルムグループ健康保険組合

④被扶養者について（在職中に被扶養者であったご家族は全員記入してください）

※対象者が4名以下  
 ※被扶養者が「別区分」の場合は全項目記入してください。（記入不要です）  
 ※確認できる書類が必要です。

【(★) 区分の説】 ※任継加入時に「新規」で被扶養者を申請する場合は

- 継続・・・別途「被扶養者増加申請書類」が必要です。
- 新規・・・

⇒新規の場合、「被扶養者異動 増加届（任意継続・特例退職用）」と証拠書類を添付してください。

- 削除・・・在職中は被扶養者であったが、任継には引き継がない⇒「区分」「氏名」のみ記入してください

★区分	フリガナ	性別	生年月日	年齢	続柄
<input checked="" type="checkbox"/> 継続	氏名				
<input type="checkbox"/> 新規	( ケンポ ハナコ )	<input checked="" type="checkbox"/> 男	昭和・平成・令和		妻
<input type="checkbox"/> 削除	健保 花子	女	40年 11月 7日	**歳	
住所	任継加入日以降「向こう一年間」の収入見込額 ※区分が「継続」「新規」の場合のみ記入				
<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	収入種別	<input checked="" type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 各種年金 <input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 利子投資 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 収入なし			左記の年収合計見込額
					985,000 円

★区分	フリガナ	性別	生年月日	年齢	続柄
<input type="checkbox"/> 継続	氏名				
<input type="checkbox"/> 新規	( ケンポ ヤスコ )	男	昭和・平成・令和		
<input checked="" type="checkbox"/> 削除	健保 直子		日	歳	
住所	任継には引き継がない被扶養者は「削除」を選択し、氏名とフリガナのみ記入してください。 ※任継保険証は発行されません。				
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	収入種別	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 各種年金 <input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 利子投資 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 収入なし			左記の年収合計見込額
					円

★区分	フリガナ	性別	生年月日	年齢	続柄
<input type="checkbox"/> 継続	氏名				
<input type="checkbox"/> 新規	( )	男	昭和・平成・令和		
<input type="checkbox"/> 削除		女	年 月 日	歳	
住所	任継 健保からの緊急連絡時、被保険者と連絡が取れない場合に ご連絡させていただきます。				
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	収入種別	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 各種年金 <input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 利子投資 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 収入なし			左記の年収合計見込額
					円

⑤緊急連絡先※ご本人の住所とは異なる親族等の方を記入して下さい。

氏名	フリガナ( ケンポ フジオ )	住所	〒***-5678	電話番号	続柄
	健保 富士男		神奈川県**郡**町**1-2	0465-**-****	父

事業所担当者記入欄

任継資格取得日（退職日の翌日）	退職時標準報酬月額	月額変更の可能性	担当者デット印
令和 年 月 日	千円	<input type="checkbox"/> なし	
事業所名		<input type="checkbox"/> あり	
TEL(外線)		/ 頃提出予定	