**任意継続被保険者 資格取得申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GL | 担当者 | 担当者 |
|  |  |  |

**●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。**

**●2024年12月2日より健康保険証は交付されません。医療機関への受診は原則**

**「マイナ保険証」になります。マイナ保険証をお持ちでない方には、保険証に代わる**

**「資格確認書」という紙の証書を健保より自動的に交付します。**

**●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。**

**●保険料納付書・他ご案内等は被保険者の居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。※「居所」とは、実際に住んでいる所を指します。**

下記申請欄①～⑤の**太枠**の中のみご記入ください。（手書きの場合は**黒の油性ボールペン**でご記入ください）

**①被保険者について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書記入日 | | | | 令和　　 年　 　 月　　 日 | | | 再就職が決まっている場合 | | | 令和 　 年　　 月　 　日付 | | |
| 在職時  健康保険 | | 記号 |  | | 番号 |  | 氏名 | フリガナ  (　　　　　　　　　　) | | 生年月日 | | 性別 |
| 任継  取得後  健康保険 | | 記号 | （健保記入欄） | | 番号 | （健保記入欄） |  | | 昭和・平成  　　 年　 　月　 　日 | | 男  女 |
| 居所 | □住民票と同じ  □住民票と異なる（異なる場合、住所をご記入ください） | | | | | | | | 固定電話 | | －　　　　－ | |
| 〒　　　　－　　　　　　　都道　　　　　　　　　　市区  　　　　　　　　　　　　　府県　　　　　　　　　　郡 | | | | | | | | FAX | | －　　　　－ | |
| （アパート・マンション名まで記入してください） | | | | | | | | 携帯電話 | | －　　　　－ | |

**②保険料納付方法について**

※年度切り替えのタイミングで納付方法を変更することが出来ます。納付方法の変更方法は12月に健保HPにてご案内します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 納付方法  ※下記より1つ選択し、✔を入れてください。 | | 説明 |
| 引き落とし | □毎月払い  ※就職が決まっているなど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。 | ・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。  ・手続きには別途「預金口座振替依頼書」の提出が必要です。  ・引き落とし開始までは2～3ヵ月かかります。 |
| 振込み | □毎月払い | ・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）  ・半期ごととは、4月～9月、10月～翌3月までの括りです。  ・通年分とは、年度末（3月）までの括りです。 |
| □半期ごとの一括前納 |
| □通年分の一括前納 |

**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 |  |  |  | 預金  種目 | 口座番号（右詰め） | | | | | | |
| 銀行  組合  信用金庫  他(　　　　　　　) | | | | | 支店  出張所  営業部  他(　　　　　　　) | | | | 普通 |  |  |  |  |  |  |  |
| ・ | 口座名義人（カタカナで記入） | | | | | | |
| 当座 |  | | | | | | |

裏面もあります（被扶養者欄・緊急連絡先の記入漏れにご注意ください）

**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3名以上の場合はこのページをもう一枚印刷してください。（被扶養者がいない場合は記入不要です）

※被保険者と被扶養者の住民票が分かれている場合、戸籍謄本の写しなど「続柄」を確認できる書類が必要です。

**【(★) 区分の説明】※必ずいずれかに✔を入れてください。**

* 継続・・・在職中から被扶養者であり、任継にそのまま引き継ぐ
* 新規・・・任継取得のタイミングで新たに富士フイルムグループ健保の被扶養者として申請したい

　　　　　　⇒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 |
| □継続  □新規  □削除 | 氏名 |
| (　　　　　　　　　　　　　　) | 男  女 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 | 歳 |  |
|  | 年　　　月　　　日 |
| 居所 | □住民票と同じ  □住民票と異なる（異なる場合、住所をご記入ください） | | 〒　　　－ | | |
| 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** | | | | | |
| 収入  種別 | □給与　□各種年金　□事業　□不動産　　　　 □利子投資　□その他(　　　　　 ) □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 |
| □継続  □新規  □削除 | 氏名 |
| (　　　　　　　　　　　　　　) | 男  女 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 | 歳 |  |
|  | 年　　　月　　　日 |
| 居所 | □住民票と同じ  □住民票と異なる（異なる場合、住所をご記入ください） | | 〒　　　－ | | |
| 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** | | | | | |
| 収入  種別 | □給与　□各種年金　□事業　□不動産　　　　 □利子投資　□その他(　　　　　 ) □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。（同居家族の場合は必ず携帯番号を記入）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ(　　　　　 　　　) | 住所 | 〒　　　－ | 電話番号 | 続柄 |
|  | －　　　 － |  |

**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 | 担当者デート印 |
| 令和　 　 年　 　月　 　 日 | | 千円 | □なし |  |
| 事業所名 |  | | □あり |
| TEL(外線) |  | | ／　 　頃提出予定 |