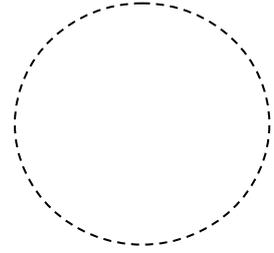


| | | | | |
|------|-----|----|--|---------|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当 | 資格喪失予定日 |
| | | | | |
| No. | 100 | | 証回収 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 任継月額 | |



健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

| | | | | | |
|--|----------|-------|---------------------|----------|--------|
| 被保険者証 記号番号 | 記号 | 番号 | 被保険者の 氏名・性別 | | 男 女 |
| 資格喪失の 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | |
| 資格喪失の際の 標準報酬月額 | | 千円 | ※備考 (健保記入欄) | | |
| 資格喪失の際使用 されていた事業所 | | 名称 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| 資格喪失の際の組合名称 | | | ワールド健康保険組合 | | |
| 給付金の振込先 ※給付金等が生じた際に健保 から貴方へ振込む口座です | | 銀行名 | 口座番号 普通口座 | No. | |
| | | 支店名 | 口座名義※本人名義に限る (カタカナ) | | |
| 保険料の納付方法 (該当のものを○で囲む) | | A. 単月 | B. 半期 前納 | C. 一括 前納 | |
| 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 | | | | | |
| ワールド健康保険組合 理事長殿 | | | | | |
| 〒 _____ | | | | | |
| 現住所 _____ | | | | | |
| 申請者の _____ | | | | | |
| 氏名 _____ (印) | | | | | |
| 電話番号 (_____) _____ | | | | | |
| メールアドレス _____ @ _____ | | | | | |
| ※この住所に健保からのご案内を送付します | | | | | |

注意事項：本申請書は、喪失日から 20 日以内に提出ください。(会社経由 健保必着)

- ・在籍時の健康保険証は使用できません。すみやかに会社へご返却が必要です。
- ・被扶養者については新たに扶養申請の届出が必要です。会社から扶養申請届を入手下さい。
- ・初回の保険料は健保組合が別途指定する期限日までに納付してください。それ以降の納付は「納付書」に記載された金額と期限日までに納付してください。期限日までに納付が無い場合は基本資格が喪失となります。

念 書

私は、この度任意継続被保険者資格を取得するにあたり、その制度の目的を充分理解した上で、以下の事項を遵守することを制約します。

- ① 毎月の保険料は、設定された納付期限日（単月納付は各月10日、期限日が土・日・祝日の場合はこれらの日の翌日）を厳守します。なお、健康保険法（第38条）に基づき、保険料の未納や納付遅延により資格喪失となっても異議はありません。
- ② 資格を喪失したときは、ただちに被保険者証を返却します。
- ③ 氏名・住所に変更が生じたときは5日以内に届出をします。

ワールド健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

任意継続申請者 住所

氏名

印

【本人控え】上記点線で切り取り、以下はご自身で保管してください。

《任意継続保険制度の目的》

任意継続保険とは、退職者が次に就職するまでの間の橋渡しの保険で、例外的に任意加入を認められた保険です。資格喪失が認められる事由は以下のようになります。

- 【1. 就職したとき】
- 【2. 資格取得後2年を経過したとき】
- 【3. 保険料の未納・納付遅延したとき】
- 【4. 死亡したとき】
- 【5. 被保険者から脱退の申出があったとき】

※1. 就職したとき、4. 死亡したとき、5. 脱退の申出を行うとき、は健康保険組合までご連絡をください。喪失の手続きについてご説明します。

ご注意！

・ 扶養について

任意継続保険加入にあたっては、強制被保険者期間の被扶養者は削除されます。引き続き、家族の扶養状態が続いている場合は、新たに扶養申請の届出をしてください。

・ 保険料の納付について

毎月納付期限日迄に保険料の入金を確認できなければ、資格喪失となります。もし資格喪失後に保険証を使用した場合は、不正使用のため、医療費を全額返還して頂くことになります。

ワールド健康保険組合

☎(078)302-8185