

任意継続番号	任意継続 第 号	常務理事	事務長	課長	係長	担当者
資格取得年月日	年 月 日					
資格喪失年月日	年 月 日					
資格喪失予定年月日	年 月 日					
標準報酬月額(法第47条第2項の額)	千円 (千円)					

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

資格喪失時の健康保険被保険者 記号-番号	—	資格喪失時の標準報酬月額	千円
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の	名称		
	住所		
健康保険組合	名称	山形県自動車販売健康保険組合	
	住所	山形市荒楯町一丁目8番5号	
備考			
年 月 日	〒	—	受付日付印
住所			
申請者(被保険者) 氏名			
電話番号	—	—	
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
希望納付方法	1. 毎月納付 2. 9月分まで前納 3. 翌年3月分まで前納		

上記のとおり申請します。

<注意事項>

- この申請書は資格喪失の日から20日以内に必ず提出してください。20日を経過した後に申請書を提出する場合には遅延した理由書を添付してください。なお、20日を経過した場合は正当な理由(天災地変等)がなければ認められません。
- 継続して被保険者となる期間は事業所を退職または解雇された日の翌日から2年間です。
- 被保険者となってからは、下記のいずれかに該当するとき、被保険者資格を喪失します。
 - ㊦被保険者となった日から起算して2年を経過したとき
 - ㊧被保険者が死亡したとき
 - ㊨保険料を納付期限までに納付しないとき
 - ㊩任意継続被保険者でなくなることを希望したとき
 - ㊪健康保険の適用を受けている事業所に使用されたとき
 - ㊫船員保険の被保険者となったとき
- 保険料は、申請書の「資格喪失年月日(退職の翌日)」の属する月から負担することになり、保険料額は全額本人負担となります。
- 初回保険料が納付期日までに納付されなかった場合、遅延に正当な理由がなければ資格取得がないものとみなします。