

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

理事長	常務理事	事務長	担当者

(被保険者が記入するところ)

資格喪失した被保険者の	記号	番号	資格喪失年月日	令和 年 月 日	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
勤務していた	名称	被保険者の生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		
事業所の	所在地	性別	男・女	資格喪失時の標準報酬月額	千円	
被保険者名義の振込先	銀行・労働金庫・信用金庫・信用組合・農業協同組合		支店	普通・当座・その他	口座番号	
被扶養者の有無	有・無	被扶養者に収入がある場合、被保険者の年間収入見込額	円	再就職の予定	有(予定年月日 令和 年 月 日)・無	
E-mail アドレス	※E-mailアドレスをお持ちの方のみご記入ください。 保健事業に関する情報などをメールでご案内します。					

(注意事項)

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日提出

申請者の住所 〒 _____

氏名 _____ 印
(自署または記名・印)

電話番号 _____

- この申請書は資格喪失日(退職日の翌日)より20日以内に健保組合へ提出してください。
- この申請書には、「預金口座振替依頼書(3枚複写)」及びご家族を被扶養者として申請する場合は、「被扶養者異動届」を添付してください。
なお、「被扶養者異動届」に必要な添付書類は裏面をご覧ください。
- 振込先は給付金の支給や保険料の返金などに使用します。
- 保険料は自動引き落としをさせていただきます。(手続完了後)
当月の保険料はその月の10日までに納付することになっており、10日までに納付の確認ができない場合は、その時点で資格喪失となります。
- 任意継続の加入期間は2年間です。

事業所受付年月日

健保受付年月日	入力年月日	任意継続の記号－番号	—	標準報酬月額	千円
		資格取得年月日	令和 年 月 日	保 険 料	円
		資格喪失予定年月日	令和 年 月 日	備 考	
		資格喪失年月日	令和 年 月 日		
介護保険	該当・非該当	介護保険料	円		

オークマ健康保険組合

（「被扶養者異動届」に必要な添付書類）

被扶養者認定対象者を被扶養者として認定するためには、被扶養者の年間収入が130万円未満（60歳以上の方は180万円未満）及び被保険者の収入の2分の1未満であることが条件です。

このため、被保険者及び被扶養認定対象者の収入の事実を確認するために次の書類を添付していただきます。

なお、退職という事由に伴い、今後被保険者に収入がない場合は、被扶養者の認定を見合わせることもありますのでご了承ください。

●被保険者（本人）に対する書類

退職後に収入がある方は、最新の年金支払通知書の写し、雇用保険の失業給付を受給することが確認できるもの（離職票の写しなど）、再就職先の給与明細書など収入が確認できる書類を添付してください。

●被扶養認定対象者（家族）に対する書類

収入の有無にかかわらず最新の所得証明書を添付してください。

さらに収入がある方は、最新の年金支払通知書の写し、給与明細書の写しなど収入が確認できる書類を添付してください。

●その他

被扶養者の身分によっては、住民票などの添付をお願いすることもあります。

以 上