

旧保険証等回収日	令和 年 月 日	決			裁	事業所担当者印
資格確認書発行日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当		
資格情報のお知らせ						

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	②被保険者の 氏名			
			③生年月日	昭・平 年 月 日		
④資格喪失の年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日	⑤資格喪失の際の 標準報酬月額		千円	
⑥資格喪失の 際使用されて いた事業所	名 称					
	所 在 地					
⑦資 格 喪 失 の 際 の 組 合 の 名 称		住 友 金 属 鋳 山 健 康 保 険 組 合				
⑧保険料納付方法 (該当に○をつける)		1. 毎月払い 口座振替 2. 一括納付(年度末まで) 銀行振込 3. 一括納付(半期毎) 銀行振込 ※預金口座振替依頼書を添付				
⑨ 備 考						

※ 保険証または有効期限内の資格確認書は退職日に各事業所健保事務担当者へ返却して下さい。
返却されませんと手続きを進めることが出来ません。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住友金属鋳山健康保険組合理事長 殿

申 請 者	住所	住民票住所	〒 ー	【住民票住所】 住民票住所の記載は必須です。 住民票上の通りに住所を記載してください。 【居所】 居住している住所が住民票住所と異なる場合に、記載してください。健保からの郵送物は居所宛となります。
		居所	〒 ー	
	電話番号			
氏 名				

※緊急連絡先は申請者の居所と異なる親族等の方を記入して下さい。

緊 急 連 絡 先	郵便番号	〒 ー	支 給 金 受 取 先	銀 行 等	銀行名等	
	住 所				支店名	
	電話番号				口 座	普 通 ・ 当 座
	氏 名				番 号	
					名義(カカナ)	

記入上の注意

- ※⑨の備考欄には、資格喪失の日(退職した日の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合には
遅滞した事由を記入して下さい。
- ※転居等により、連絡が取れない場合に緊急連絡先にて確認させていただきますので、必ずご記入下さい。
- ※申請内容に変更があった場合は必ずご連絡下さい。
- ※省令改正により、令和5年12月以降、健保組合では新規取得者の住民票住所の管理が必要となりました。

<注意事項>

- 任意継続の期間は2年間ですが、次に該当した時は資格を失います。
- 自動で健康保険の切り替えはできませんので、必ず健康保険組合までご連絡ください。
- ①就職したとき ②死亡したとき ③船員保険や共済組合に加入したとき
- ④後期高齢者医療制度(75歳)の被保険者となったとき
- ⑤保険料を納付期限までに納付しないとき(毎月10日(休祝日の場合はその翌日))
- ⑥任意の資格喪失の申出

受付日付印