健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

下記の通り申請します。

年　　月　　日

常務理事	事務長		係

任意継続被保険者の記号・番号	※9900－			※太枠内記入と誓約書にも署名のこと	
被保険者の記号・番号	1000－		氏名		
被扶養者の有無	有・無	生年月日	昭・平・令　年　月　日（　才）	性別	男・女
住所（〒　－　）※住民票住所を記載（居所が異なる場合は下段に居所を記入） ☎　－　－ 📱　－　－					
資格確認書の交付	※交付を希望される場合は「健康保険資格確認書（再）交付申請書」を添付のこと				
緊急連絡先 ※可能な限り上記以外の電話番号の連絡者をご記入下さい。	氏名（フリガナ）		申請者との関係	電話番号	
保険料の納付方法 ※希望のものを○で囲む	A. 月払い（毎月1日～10日に指定の銀行口座に振込）		B. 半期前納〔上半期（又は下半期）の保険料を一括納付〕 C. 通年前納〔当年度分の保険料を一括納付〕		
資格取得の年月日	平・令　年　月　日		資格喪失の際の標準報酬月額　千円		
資格喪失の年月日	令和　年　月　日				
資格喪失の際使用されていた事務所	名称		住友不動産ステップ株式会社		
	所在地		東京都新宿区西新宿2－6－1		
資格喪失の際の組合の名称	住友不動産販売健康保険組合				
任継取得の年月日	令和　年　月　日		標準報酬月額　千円		
任継喪失（予定）日	令和　年　月　日				
納入済保険料	健康保険料＿＿＿＿円 調整保険料＿＿＿＿円 介護保険料＿＿＿＿円		（　）月分 合計保険料＿＿＿＿円		

別紙の留意事項をご確認の上、下記誓約書に署名してください

誓　約　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、別紙の留意事項を承知の上、次の事項を遵守することを誓約します。

1. 保険料の納付期限を厳守します。納入遅延により資格喪失となっても、異議を申しません。
2. 資格喪失時、資格確認書を保有している場合は直ちに住友不動産ステップ健康保険組合に返却致します。
3. 万一、資格喪失日以降に受診した医療費を、住友不動産ステップ健康保険組合から請求された場合、責任をもって速やかに支払います。

住友不動産ステップ健康保険組合理事長　殿

年　　月　　日

氏名

任意継続保険制度に関するご留意事項

【加入資格について】

① 任意継続被保険者になるには、在職中２ヶ月以上の被保険者期間が必要となります。

② 退職日の翌日から２０日以内に申請書が提出されない場合は、加入資格を失います。

③ 初回の保険料のご案内は申請書記載の住所にお送りいたします。指定期日までに入金されない場合、加入資格を失いますのでご注意ください。

※退職後、自宅を長期不在にする予定があり、郵便物が受け取れない可能性のある方は、あらかじめ健康保険組合にご連絡下さい。保険料の納付方法について指示いたします。

【保険料について】

① 退職時の標準報酬月額に保険料率を乗じて保険料が決定します。在職中は会社が保険料を半分負担しますが、任意継続では会社負担がなくなります。ただし、保険料には上限金額がありますので、保険料額の詳細については必ず健康保険組合へお問い合わせください。

② 月払いの場合、初回を除き毎月１０日（土・日・祝日の場合翌営業日）が納付期限となります。１０日迄に入金がない場合は、翌日より資格を喪失します。

③ 通年前納は、当年度分(3 月分まで)一括払いで、納付月の翌月以降分の保険料が割引になる制度です。

④ 半期前納は、保険料を半期分（加入申請が 3～8 月は 9 月分まで、9～2 月の場合は 3 月分まで）一括払いで、納付月の翌月以降分の保険料が割引になる制度です。

⑤ 納付方法は、銀行振り込みのみとなります。

【資格確認書の交付について】

「資格確認書」が必要な方は、必ず「資格確認書（再）交付申請書」を併せて提出してください。

【資格喪失について】

① 次の事由のいずれかの条件に該当する場合は資格を喪失いたします。

《満了》　任意継続被保険者資格取得後２年を経過した時

《死亡》　被保険者が死亡した時 ⇒ **ご家族の方は健保組合までご連絡下さい。**

《就職》　再就職により他の健康保険の被保険者となった時 ⇒ **健保組合までご連絡下さい。**

《未納》　保険料納付期日（当月の１０日）迄に入金がなかった時

《高齢》　後期高齢者医療制度の被保険者となった時

《申出》　被保険者本人が資格喪失を書面により申し出たとき（申出受理の翌月１日に資格喪失）

② 資格確認書を保有している方は、健保組合に必ずご返却ください。

③ 資格喪失後に当健保組合の資格で医療機関にかかった場合は、医療費を返納していただきます。

以上についてご不明な点は 050-3112-0257（健康保険組合）までお問い合わせ下さい。

【郵送先】

〒160-0023　東京都新宿区西新宿４－３２－１２　西新宿フォレスト１階

住友不動産ステップ健康保険組合