健康保険任意継続被保険者資格取得申請書（兼 資格喪失伺）　申請日：     年     月     日

＜提出先＞　●社内便：Ｙ）健保 任意継続保険担当宛

●郵便：〒220-0011　横浜市西区高島2-6-32　20Ｆ　日産自動車健康保険組合 任意継続担当宛

★退職日の翌日から、再雇用・就職などの理由で社会保険に加入する方や継続を希望しない方は提出しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| **お知らせ** | ・退職日翌日から**20日以内に日産健保必着**（退職日前の提出も可能）（注）期限を過ぎた場合、継続加入できません。 |
| ・**「資格確認書」は初回保険料のご入金確認後に発行となります。**申請後、『保険料納付書』をご自宅へ送付します。※添付書類等に不備がある場合はご入金確認後もお送りできかねます。 |
| ・口座情報の設定にお時間がかかるため、初回の引落開始までは銀行振込となります。引落開始日は保険料納付書と同封のガイドにて通知いたします。 |
| ・保険料の入金が期限日までに確認できない場合は未納喪失となります。　必ず期限日までにお振込み、登録口座残高の確認をお願いいたします。 |
| ◆継続加入日から「資格確認書」が届くまでに病院に行く場合、病院に「任意継続保険の申請中」である旨を伝え、病院の指示に従ってください。 |

太枠内全てご記入ください。　　　　　　　　　**資格確認書 発行要否**：☒ 発行が必要（被保険者・被扶養者分）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証記号 | 　　　　　  | 氏 名 | ﾌﾘｶﾞﾅ 　　　　　 　　　  | [ ] 男[ ] 女 | 生年月日 |      年     月     日(     才) |
| 保険証番号 | 　　　　　  |  　　　　　            |
| 退職時会社名 |     　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 退職年月日 | 令和     　年     　月     　日 |
| 退職後住所・連絡先 | 〒     　―     　　（フリガナ）　　　　　 　　　　　  | 自宅TEL：     －     －      |
|   　　　　　　　　　　　　　　　　　   　　　　　　　 　　　　　　　　 | 携帯TEL：     －     －      |
| 保険料 | 納付単位 | [ ]  月々納付 [ ]  半期前納(上期4月～9月/下期10月～3月)　[ ]  一年前納(一年：4月～3月) |
| 納付方法 | 口座引落（口座からの引き落し）⇒必要書類 [ ] 預金口座振替依頼書（各事業所健保窓口から入手可能） |
| 振込先口座 | 保険料の還付時等に使用する振込先口座は引落口座と統一させていただきます。 |

**★ 引続き扶養に入れる対象者　あり**[ ] **なし**[ ] ⇒**「なし」**の場合は記入終了です。不備がないかを確認後、ご提出ください。

**「あり」**の場合は下枠**↓**をご記入ください。 （記入欄が足りない場合は申請書を複数枚ご利用ください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被扶養者情報 | 被扶養者氏名(フリガナ) | 続柄 | 生年月日　/　年齢 | 同居区分 | 年間収入見込額（無は０円と記入）/ 収入の種類 |
| (フリガナ) 　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 | [ ] 男[ ] 女 | 　  |      年     月     日(     才) | [ ] 同[ ] 別 | (      　　)円 | [ ] 給与　[ ] 年金[ ] その他(　　　　　) |
| (フリガナ) 　　　　　　　　　　　　　 　　　 | [ ] 男[ ] 女 | 　  |      年     月     日(     才) | [ ] 同[ ] 別 | (      　　)円 | [ ] 給与　[ ] 年金[ ] その他(　　　　　) |
| 添付書類 | ●引続き扶養に入れる対象者について**「あり」**を選択されている方 |
| 収入証明書（18歳以上必須）■収入無：[ ]  『**非課税証明書**』もしくは 今年退職された方は**『退職証明書』**　　 ■収入有：[ ]  『**直近3カ月分の給与明細**』・『**年金振込通知書**』等 |
| ●引続き扶養に入れる対象者について**「あり」**を選択されている方で別居されている方  |
| [ ]  **別居家族状況記入書** [ ]  **送金証明** |
| 添付書類が揃っていることを確認し、それぞれに[x] ☑（チェック）をつけてください。　　※全てコピー可 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保受付 | 記号 |  | 取得 | 資格取得年月日 | 年　　　月　　　日 | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
|  | 喪失予定年月日 | 年　　　月　　　日 |  |  |  |  |
| 標準報酬月額 | 千円 |
| 番号 |  | 喪失 | 資格喪失年月日 | 年　　　月　　　日 | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
| 喪失理由 | 期間満了 / 就職未納 / その他（　 　　） |  |  |  |  |

備考欄