

常務理事	事務長	担当

任意継続被保険者資格取得申出書

健康保険法第37条の規定により資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に申出書を提出し納付期日までに保険料を振込してください。

令和 年 月 日提出

下記の5項目に同意のうえ、任意継続被保険者資格取得の申出をいたします。

1. 保険料の納付期日までに保険料の振込が確認できないときは任意継続被保険者の資格喪失することに同意します。

2. 就職して被保険者資格を取得したときは速やかに任意継続被保険者の資格喪失の届出を行います。

3. 申請内容に変更が生じたときは速やかに健康保険組合へ届出を行います。

4. 任意継続被保険者の資格喪失後は速やかに被保険者証・資格確認書を返却します。
※被保険者証は令和7年12月2日以降は返却不要。有効な資格確認書を取得された方のみ返却必要。

5. 任意継続被保険者の資格喪失日以降に健康保険被保険者証等を使用した場合には医療費等の健康保険組合負担分を返還します。

フリガナ

氏 名 (自 署)

被 保 険 者 状 況	資格喪失時の被保険者等 記号番号	記号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	退職 年月日	令和	年	月	日
		番号											
	申出者の 退職後住所	〒											
		自宅電話 () 携帯電話 ()											
	住民票住所	〒											
	メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)												
	資格喪失時の所属会社名												
	給付金等振込先 (被保険者名義のみ)	銀行 信金 信組 本店 支店											
	預金種別	普通 当座	口座番号 (右詰め)						口座名義	(フリガナ)			
保険料の納入方法	1. 毎月ごと				2. 半年分前納				3. 1年分前納				

被
扶
養
者
状
況

※被扶養者状況が在職時と異なる場合は「被扶養者(異動)届」と添付書類が必要です。

氏 名	生 年 月 日	性 別	続柄	被扶養者の住民票住所
	昭和 平成 令和 年 月 日			
	昭和 平成 令和 年 月 日			
	昭和 平成 令和 年 月 日			
	昭和 平成 令和 年 月 日			

受付日付印

健 保 記 入 欄	任意継続被保険者等 記 号 番 号		
	資 格 喪 失 予 定 日	令 和	年 月 日
	資 格 喪 失 時 標 準 報 酬 月 額	千円	
	発送	保険料入金	サイト

【提出先】

〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S 17階 シミックグループ健康保険組合 宛