

常務理事	事務長	担当者

健康保險任意繼續被保險者資格取得申請書

(注)資格取得申請誓約書を同時に提出してください。

※ 欄は記入しないでください。

任意継続被保険者 記号・番号	20	※	資格取得年月日	※ 平成・令和 年 月 日	標準報酬月額	※ 千円	
フリガナ				性 別	男 ・ 女	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (満 歳)
申請者の氏名							
フリガナ							
申請者の住所	〒				TEL	()	
フリガナ	〒				TEL	()	
退職後の住所 (郵便物送付先)	〒				※申請者の住所と変わりない場合は「同上」とご記入ください。		
最後に勤務 していた施設	記号		番号		標準報酬月額	※	千円
	資格取得 年月日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)		備考		
	施設名						

(記入上の注意及び留意事項)

1. 「※」欄は記入しないでください。
2. この申請書は、資格喪失の日から20日以内に提出してください。
3. 被保険者の資格期間は原則として2年間です。また、保険料は全額自己負担することになります。
4. 申請者の住民票(被扶養者がある場合には、家族全員の住民票及び被扶養者届)を添付してください。
5. 被保険資格の喪失は次の場合に限られ、任意に資格喪失することはできません。
①被保険者資格取得後の期間が2年を経過したとき。 ②被保険者が死亡したとき。 ③保険料納付期日までに納付されないとき。
④他の健康保険の被保険者となつたとき。 ⑤船員保険の被保険者となつたとき。

申請者本人（被保険者）が作成したものである。

受付年月日

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)

健康保険任意継続被保険者 資格取得申請誓約書

健康保険任意継続被保険者資格取得申請にあたり、被保険者の資格取得のうえは、
健康保険の諸規定並びに下記事項を守り、保険料納付については特に納付期限を遵
守し、生長会健康保険組合に対し絶対に迷惑をかけないことを誓約します。

記

1. 被保険者となることができる期間は2年間であって、資格喪失事由は次のとおりであること。
 - ① 被保険者となつてから2年を経過したときは、その翌日
 - ② 被保険者が死亡したときは、その翌日
 - ③ 保険料納付期限（当月の10日）までに納付しないときは、その翌日
(ただし、当日が土・日曜祝日の場合はその翌営業日)
 - ④ 健康保険、共済組合または船員保険の被保険者となつたとき
 - ⑤ 被保険者資格の喪失を申し出たときは、その申し出が受理された日の属する
月の翌月1日
2. 健康保険任意継続保険料の納付をする際には、生長会健康保険組合指定の保険
料納付書にて銀行窓口で振り込むこと。
3. 保険料納付に要する費用については、被保険者本人が負担すること。
4. 保険料を納付期限までに納付しなかった場合、いかなる処分を受けても異存は
ないこと。

令和 年 月 日

生長会健康保険組合理事長 様

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____