

※この申請は退職日の翌日から20日以内に提出してください（郵送の場合は20日以内必着）。
 ※被保険者の資格喪失の前日まで、継続して2カ月以上の被保険者期間が必要です。

この欄には記入しなごうください							本件処理してよろしいか 令和 年 月 日	
	任意継続	記号・番号	9020-				標準報酬 月 額	千円
		取得年月日	令和 年 月 日				介護保険 該 当・不該 当	
		喪失予定年月日	令和 年 月 日					

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被 保 険 者 欄	記 号			名 称			
	番 号			所 在 地			
	取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	喪 失 年 月 日	年 月 日	資格確認書	要・否
	標準報酬 月 額	千円		傷病手当金の受給		有 ・ 無	
被扶養者欄（資格喪失時に認定されていた方のうち、必要な方のみ記入してください。）							
氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日	収 入 の 有 無		資格確認書	
	男・女			有（月額） 無		要・否	
	男・女			有（月額） 無		要・否	
	男・女			有（月額） 無		要・否	
	男・女			有（月額） 無		要・否	

上記のとおり申請します。

誓 約 書

- ・2回目以降の保険料（健保・介護）を納付期日（毎月10日）までに納付しないときは、いかなる理由があっても納付期日の翌日に資格喪失となることに異議申し立てをいたしません。
- ・資格喪失の際は速やかに被保険者証を返納することを誓います。

令和 年 月 日

大阪府貨物運送健康保険組合理事長 様

〒

住 所

氏 名

電 話（ ） ー

携 帯（ ） ー

生年月日 S・H 年 月 日

任意継続加入要件について

- 1.被保険者が、退職または健康保険法の適用除外事由に該当（雇用形態が常勤から日雇に切り替えられた場合等）して資格を喪失したこと。
- 2.資格喪失の日の前日（退職日）まで継続して2月以上被保険者であったこと（日雇特例被保険者、任意継続被保険者または共済組合の組合員を除く）。
- 3.退職日の翌日より20日以内に必着で申出の提出をすること。

上記3点すべてに該当することが要件です。※ただし船員保険の被保険者または後期高齢医療の被保険者等である場合は、以上の条件に該当しても継続して被保険者となることはできません。

被扶養者加入について

被扶養者の加入にあたっては、扶養家族の収入や生計維持関係の現況確認のため、確認書類を依頼させていただく場合があります。あらかじめご容赦ください。

保険料納付について

- ・保険料は毎月10日（10日が土・日・祝日の場合は翌営業日）までに納付いただきますが、初回（1回目）の保険料に限り納付期限は当組合にて設けさせていただきます。
- ・2回目以降の保険料納付については、①1か月ずつ納付する方法 ②6か月分を一括で納付する方法 ③12か月分を一括で納付する方法等があります。

※②・③の方法で納付を希望される場合は当健康保険組合までお問い合わせください。

健康保険証について

令和6年12月2日以降は健康保険証を発行することができませんので、マイナ保険証の利用登録をお願いいたします。

なお、厚生労働省より示された理由により、マイナ保険証によるオンライン資格確認ができない方は「資格確認書」を医療機関へ提示することで保険診療を受けられます。