

お手続きは原則、郵送のみの受付です。窓口にお越しいただいても書類のお預かりのみとなります。ご了承ください。

### 【任意継続のお手続きの流れ】

- 1 会社を退職してから20日以内にお手続きしてください。  
20日を過ぎますとお手続きはできませんので、ご注意ください。
- 2 「健康保険任意継続被保険者資格取得申出書」に必要事項を記入し  
当組合へ郵送で提出してください。退職証明書等のコピーを同封いただきますと、お手続きがスムーズに行えます。  
被扶養者がいる場合は「被扶養者(異動)届」と必要書類を併せてご郵送ください。  
(ご不明な場合は当組合にお問い合わせください。)
- 3 保険料を確認の上、下記のいずれかの口座にお振込みください。  
(保険料は当組合にお問い合わせいただくか、勤務先の事務担当者にお問い合わせください。)

銀行名	支店名	支店コード	口座番号
みずほ銀行	横浜駅前支店	292	普通 1325292
りそな銀行	横浜西口支店	670	普通 0299354
横浜銀行	本店営業部	200	普通 0370349
三菱UFJ銀行	横浜駅前支店	251	普通 4749910

\*:振込人名義の前に保険証の記号、番号(間にハイフン)を入れてください。例)10-〇〇 ケンポ タロウ

- 4 申請書と保険料の振込みが確認できましたら、任意継続の手続きを開始します。  
保険証の記号・番号が変わりますので、病院等の受診の予定がございましたら  
事前にマイナ保険証の登録をしていただくことをお勧めします。
- 5 次回以降の保険料は毎月1日(休日の場合は翌営業日)に手続き時の住所宛に納付書を発送いたしますので  
指定の銀行窓口、もしくはATM等で毎月10日までに納付のお手続きしてください。  
10日を過ぎますと未納喪失となります。ご注意ください。
- 6 加入期間は2年間です。その間に
  - ・就職した:「任意継続被保険者資格喪失申出書」に新しい保険証のコピーをつけて提出してください。
  - ・任意脱退したい:「任意継続被保険者資格喪失申出書」をご提出ください。健保で受け付けた日の翌月1日に資格喪失となります。  
資格喪失通知書を発行いたしますので、新しい保険への加入手続きをお願いいたします。
  - ・加入期間を満了した:資格喪失通知書を発行いたしますので、新しい保険の加入手続きをお願いいたします。いずれの場合もお手元にある保険証はご返却ください。

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

◎裏面の主旨・留意事項を必ず読んで申請して下さい。

1 資格喪失時の健康保険被保険者証の記号		番 号		2 資格喪失時の年月日 (退職日の翌日)	年 月 日
3 資格喪失の際の標準報酬月額	千円	4 生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	歳
5 被扶養者の有無	無 ・ 有	有に○の方は被扶養者届を添付して下さい			
6 資格喪失の際使用されていた事業所	名 称				
	所 在 地				
7 備 考					

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり申請します。

〒 -

TEL ( ) -

(フリガナ)

緊急連絡先(携帯又はその他)

年 月 日

申請者

住 所

( ) -

(フリガナ)

氏 名

### 【任意継続被保険者制度の主旨】

任意継続被保険者の制度は、健康保険の強制加入及び団体加入の原則に対する例外となるものです。資格を喪失した被保険者が、他の適用事業所に使用されてふたたび被保険者となるまでの一定期間中に、傷病による生活上の不安に陥ることのないよう、引き続いて健康保険制度の恩恵にほどこさせようとするところにあります。いわば、被保険者資格を再取得するまでの橋渡しの役割を果すものであり、経済力の乏しい被用者に対する保護施策なのです。

### 【留意事項】

1. 被保険者の資格期間は、原則として2年間です。
2. 保険料は、全額自己負担することになります。
3. 被保険者資格の喪失は、次の場合に限られます。
  - (1) 被保険者資格取得後、2年を経過したとき
  - (2) 被保険者が死亡したとき
  - (3) 保険料を納付期限までに納付しないとき
  - (4) 健康保険（船員保険）の被保険者となったとき
  - (5) 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）に加入されたとき
  - (6) 任意脱退したいとき
4. 扶養家族のある場合は、被扶養者届を添付して下さい。

この申請書は、資格喪失日（会社を退職した日の翌日）より起算して20日以内に提出してください。

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

◎裏面の主旨・留意事項を必ず読んで申請して下さい。

1 資格喪失時の健康保険被保険者証の記号	9999	番 号	5	2 資格喪失時の年月日 (退職日の翌日)	〇〇年〇〇月〇〇日
3 資格喪失の際の 標準報酬月額	〇 〇 〇 〇 千円	4 生 年 月 日	昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇 歳
5 被扶養者の有無	無 ・ 有	有に〇の方は被扶養者届を添付して下さい			
6 資格喪失の際 使用されていた 事業所	名 称	(株)健保企画			
	所 在 地	横浜市西区南幸〇-〇-〇			
7 備 考					

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり申請します。

〇〇年〇〇月〇〇日

申請者

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

(フリガナ) ヨコハマシ ニシク キタサイワイ

住 所 横浜市西区北幸〇-〇-〇

(フリガナ) ケンボ タロウ

氏 名 健保 太郎

TEL (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

緊急連絡先(携帯又はその他)

(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇