

Submit to:
By post: Suntory Health Insurance Association 2-1-40
Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

EXAMPLE

【提出先】
〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
サントリー大阪オフィス内
サントリー健康保険組合宛

※健康
保
理
欄

常務理事	事務長	担当者

Application Form for Certification as Voluntarily and Continuously Insured Person

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

下記のとおり申請します。 (*印は該当するものを○で囲んでください)

① 被保険者氏名 (フリガナ) / 健康太郎		② 性別 * 男・女	③ 生年月日 [和暦] 昭和38年3月12日生
④ 健康保険の記号 - 番号 1234 - 123456		⑤ 喪失年月日 [和暦] 令和6年4月1日	※退職日等の翌日
⑥ 退職後の連絡先 住所 〒205 - 0000 東京都〇〇区▲▲町1-2-34		Date of loss eligibility (YY/MM/DD) *Day after date of retirement etc.	
TEL Tel. 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	携帯TEL Mobile tel. 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	E-mail ●●●_123 @	
⑦ 健保給付金の振込希望口座 ※本人名義をご指定ください。 Account for remittance of health insurance benefits *Specify an account in the insured person's own name.			
⑧ 金融機関名 (フリガナ) イチニサン	⑨ 銀行コード 1234	⑩ 支店名 (フリガナ) マルサンカク	⑪ 口座番号 〇〇〇〇〇〇
Bank code 一二三	Blanch code	Blanch	Account number 123
⑫ 保険料納付方法 * 2. 前納一括	⑬ 加入予定期間 * 2	⑭ 被扶養者 (扶養者) 書類が必要となるため裏面をご参照ください。	
Premium payment	Planned membership period	1. Monthly (paid each month) / 2. Payment in one lump sum (paid each fiscal year) / 3. Payment in installments (paid each half year)	
⑮ 被扶養者氏名 健康 花子	同居 * 別居 同・別	⑯ 続柄 妻	⑰ 生年月日 [和暦] 〇〇年〇〇月〇〇日生
Annual income	Living together or separately *	Relationship	Date of birth (YY/MM/DD) 23 日生
⑱ 収入内訳 * 給与(パート、アルバイト)・年金・その他	⑲ 収入内訳 * 給与(パート、アルバイト)・年金・その他	⑳ 収入内訳 * 給与(パート、アルバイト)・年金・その他	
Monthly income	Monthly income	Salary(part-time) / Pension / Other ()	
⑳ 被扶養者氏名 健康 愛美	同居 * 別居 同・別	㉑ 続柄 長女	㉒ 生年月日 [和暦] 〇〇年〇〇月〇〇日生
⑳ 収入内訳 * 給与(パート、アルバイト)・年金・その他	㉑ 収入内訳 * 給与(パート、アルバイト)・年金・その他	㉒ 収入内訳 * 給与(パート、アルバイト)・年金・その他	

【注意】

- ・提出期限は、資格喪失日(退職日等の翌日)から**20日以内**です。
- ・【記入上の注意】、【添付書類】については必ず裏面をご参照ください。

【記入上の注意】

- ⑤の喪失年月日は退職日または常勤雇用終了日の翌日です。
- ⑦の健保給付金とは「高額療養費」や「付加給付金」等、健保組合から支給されるものです。
※本人名義の口座を記入してください。
※銀行コードや支店番号もご記入ください。
- ⑧の保険料納入方法は希望する番号に○をつけてください。任意継続加入月からの納付になります。
※保険料の納付方法は銀行振込のみ、口座振替(自動引落し)の取扱いはありません。
注意:納付期限までに振込されなかった場合は法により資格喪失(初回は資格取消)します。
- ⑨の加入予定期間は加入期間の目安としてご記入ください。
※「2. 年 月 頃まで(予定)」に変更が生じても問題ありません。(最長2年満了まで)
- ⑩任意継続加入後も引続き扶養される(貴方によって主として生計を維持されている)ご家族について記入ください。
※「収入内訳」は給与(パート、アルバイト)・年金・その他、該当するものに○を、その他については()に内容を記入ください。

【添付書類】

・扶養家族を申請する場合

世帯全員の住民票

※個人番号(マイナンバー)の記載がないもので、続柄が記載された健保扶養の申請対象者とその世帯全員が記載されているもの。

※直近3カ月以内に発行されたもの

・扶養家族の収入確認

<収入がある場合>

給与収入：給与明細 ※直近3カ月分

年金収入：振込通知等、年金額の確認出来る書類 ※直近分

その他の収入：確定申告書と収支内訳書(青色申告決算書)

<収入がない場合>

所得証明書・(非)課税証明書(乳幼児・学生は除く) ※直近分

・その他

ご状況によって必要な書類をご提出ください。※以下、健保HPをご確認ください。

また、審査内容により追加で必要書類の提出をお願いすることがあります。

健保HP>健保のしくみ>健保扶養の申請に必要な書類 をご参照ください。

<http://www.suntorykenpo.or.jp/outline/documents.html>