

【提出先】

郵送の場合：〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40  
 サントリー健康保険組合宛  
 社内メールの場合：サントリー大阪オフィス内 健保組合宛

※健保処理欄

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

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 (フリガナ)<br>被保険者氏名   |  | ②性別*                     |  | ③生年月日                    |  |
|  |  | 男・女                      |  | [和暦]<br>年 月 日生           |  |
| ④健康保険証の<br>記号 - 番号(氏名コード)  |  | ⑤喪失年月日<br>※退職日等の翌日       |  | [和暦]<br>年 月 日            |  |
| ⑥退職後の連絡先   |  |                          |  |                          |  |
| 住所 〒 -   |  |                          |  |                          |  |
| TEL  |  | 携帯TEL                    |  |                          |  |
| E-mail   |  | @                        |  |                          |  |
| ⑦健保給付金の振込希望口座 <b>※本人名義をご指定ください。</b>                                |  |                          |  |                          |  |
| (フリガナ)   |  | (フリガナ)                   |  |                          |  |
| 金融機関名  |  | ※ 銀行・信用金庫                |  | 支店名                      |  |
| 銀行コード  |  | 支店コード                    |  |                          |  |
| 口座種類   |  | 口座番号                     |  |                          |  |
| ⑧保険料納付方法*  |  | 1. 月 納 (1ヵ月ごと)           |  | 2. 前納一括 (年度ごと)           |  |
|  |  | 3. 前納分割(半年ごと)            |  |                          |  |
| ⑨加入予定期間*   |  | 1. 満了 (2年) まで            |  | 2. _____年 _____月 頃まで(予定) |  |
| ⑩被扶養者(扶養家族) ※収入(給与・年金・その他)のある方は収入金額の確認できる書類を添付してください。(裏面をご参照ください。) |  |                          |  |                          |  |
| 被扶養者氏名   |  | 同居*<br>別居                |  | 同・<br>別                  |  |
|  |  | 続柄                       |  | 生年月日                     |  |
|  |  |                          |  | [和暦]<br>年 月 日生           |  |
| 年 収  |  | 円 月 収                    |  | 円                        |  |
| 収入内訳*  |  | 給与(パート、アルバイト)・年金・その他 ( ) |  |                          |  |
| 被扶養者氏名   |  | 同居*<br>別居                |  | 同・<br>別                  |  |
|  |  | 続柄                       |  | 生年月日                     |  |
|  |  |                          |  | [和暦]<br>年 月 日生           |  |
| 年 収  |  | 円 月 収                    |  | 円                        |  |
| 収入内訳*  |  | 給与(パート、アルバイト)・年金・その他 ( ) |  |                          |  |
| 被扶養者氏名   |  | 同居*<br>別居                |  | 同・<br>別                  |  |
|  |  | 続柄                       |  | 生年月日                     |  |
|  |  |                          |  | [和暦]<br>年 月 日生           |  |
| 年 収  |  | 円 月 収                    |  | 円                        |  |
| 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】

・扶養家族に収入がある場合は以下の書類コピーを添付してください。

給与収入：給与明細 ※直近3ヵ月分

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)

・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。)

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>