

【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) 被保険者氏名	ケンコウ タロウ 健康 太郎		②性別*	男・女 男	③生年月日	[和暦] 昭和 32 年 12 月 15 日生	
④健康保険証の 記号 - 番号(氏名コード)	1234	—	123456	⑤喪失年月日 ※退職日等の翌日	[和暦] 令和 4 年 1 月 1 日		
⑥退職後の連絡先							
住所	〒 012 - 3456 東京都〇〇区〇〇町1-2-34 〇〇ハイツ123号						
TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		携帯TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
E-mail	〇〇〇_△△△ @ □□□.co.jp						
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。							
(フリガナ) 金融機関名	イチニサン 一二三			※銀行・信用金庫	(フリガナ) 支店名	マルサンカク 丸三角	
銀行コード	〇〇〇〇			支店コード	〇〇〇		
口座種類	普通			口座番号	〇〇〇〇〇〇〇		
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	健康 花子	同居* 別居	同* 別	続柄	妻	生年月日	[和暦] 昭和 35 年 8 月 1 日生
年 収	〇,〇〇〇,〇〇〇 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	健康 愛子	同居* 別居	同* 別	続柄	長女	生年月日	[和暦] 平成 2 年 6 月 9 日生
年 収	円			月 収	〇〇,〇〇〇 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* 別居	同* 別	続柄		生年月日	[和暦] 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>