|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 　係　　　　　　 | ＊任意継続被保険者証 | ＊資格喪失時の標準報酬月額 |
|  |  |  |  | ＊記号 | ＊番号 |
|  |  | 千円 |

健康保険　**任意継続被保険者資格取得申請書**

≪申請期間は資格喪失後（退職後20日以内）≫

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の保険証の | 記号 |    | 番号 |    | 申請者氏名 |    | 生年月日 | 昭和平成 |   年  月  日 | 男・女 | 申請日 | 令和  年  月  日 |
| 資格取得日 | 昭和平成令和 |   年  月  日　 | 資格喪失日 | 令和 |   年  月  日 | 在職中の会社名 |       | 在職中の勤務事業所所在地 |       |
| 住所 | 〒   -    　　　　　　     TEL　    -    -    　　e-mail　       |
| 現在の被扶養者欄 | 氏　名 | 生年月日 | 続柄 | 職業 | 同居の別 | 収入有無 | 収入（年額） | 住所（別居世帯のみ記入） |
|  |       | 昭･平･令  年  月  日 |     |       | 同・別 | 有・無 |      円 | 〒   -    　      |
|  |       | 昭･平･令  年  月  日 |     |       | 同・別 | 有・無 |      円 | 〒   -    　      |
|  |       | 昭･平･令  年  月  日 |     |       | 同・別 | 有・無 |      円 | 〒   -    　      |
|  |       | 昭･平･令  年  月  日 |     |       | 同・別 | 有・無 |      円 | 〒   -    　      |
|  |       | 昭･平･令  年  月  日 |     |       | 同・別 | 有・無 |      円 | 〒   -    　      |
| 備考欄 |       |

注）1.太枠の中に記入してください。＊目印欄には記入しないでください。

2.資格取得日はオリンパス健保に加入した日です。（事業所が変わっている場合は、最新の取得日です。）

3.資格喪失日は退職日の翌日です。

4.他社へ出向している場合、在職中の会社には原籍会社を記入してください。

5.初月保険料は、指定の払込取扱票を事業所担当者、または健保から入手して払い込んでください。次月からは郵便局引落しになります。

6.現在の被扶養者欄には、継続して被扶養者になる現在のご家族の事柄を記入してください。

内容に変更がある場合は「健康保険被扶養者（異動）届」にて届出してください。

7.被保険者の記号番号に代えて個人番号で申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）は備考欄に記入してください。

尚、個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス（□）」にチェックを入れてください。

□本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合　☑）

オリンパス健康保険組合

R3.3