

退職後の健康保険として任意継続を申請する場合

被 保 険 者 情 報	勤務していた時の 被保険者証の (左づめ)	記号(1か2) <input type="checkbox"/>	番号 (保険者番号06270748ではありません) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	氏名	(フリガナ)						性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	(〒 - ) 都 道 府 県								
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )								
	勤務していた事業 所の名称と所在地	名称								
		所在地								
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	保険料の納付方法	<input type="checkbox"/> 月払 <input type="checkbox"/> 半年前納 <input type="checkbox"/> 一年前納			
	保険料の納付種別	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 口座振替		※口座振替は三菱UFJ・三井住友・りそなに限る。口座振替依頼書が別途必要。						
	保険給付振込口座(「口座振替」の方は引き落とし口座、「銀行振込」の方はゆうちょ銀行以外の口座を記入)									
	金融機関名称 (コード)	( )			支店名 (コード)	( )				
	預金種別	1. 普通 2. 当座		口座番号						
	口座名義 (カタカナ)									
	【任意継続についての注意事項】 ※必ずご一読いただき最後に確認済サインをお願いします。 この申請書は、任意継続健康保険(退職日より2年間加入)の申請書です。【締切:退職日から20日以内に健康保険組合着】 次のいずれかに該当する場合には、資格喪失となります。(健康保険法 第38条)									
	①任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき ②被保険者が死亡したとき ③保険料を納付期日までに納付しなかったとき ④就職し強制加入の被保険者となったとき ⑤船員保険の被保険者となったとき ⑥後期高齢者医療の被保険者となったとき									
	被保険者氏名: _____									

## 健康保険 被扶養者届 【資格取得時】 ※添付書類が必要です

- 任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者として申請される方についてご記入ください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」をご提出ください。

被 扶 養 者 欄	氏名	生年月日	性別	続柄	収入種類	月平均収入	同居別居
	(カナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	(氏)	(名)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他収入	万円/月 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	(氏)	(名)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他収入	万円/月 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	(氏)	(名)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他収入	万円/月 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
配偶者を扶養申請しないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。						万円/年	
申請する被扶養者が別居しているときは、その被扶養者への送金額をご記入ください。						万円/月	

※添付書類が必要です

大阪ガス健康保険組合

健保受取印

※任意継続の被保険者・被扶養者の健診はご自宅へ発送いたします。(発送時期は年3回予定)  
※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。