

201

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	係	係

被保険者本人が氏名を記入した場合本人の押印は不要です。
太枠で囲まれているところだけ記入してください。

被保険者証	記号	番号	フリガナ(姓と名の間1字あけ左づめ)		印	生年月日	性別	資格取得日	退職年月日	資格喪失日 (任意継続 資格取得日)	標準報酬 月額	種別	
	450		氏名										
被保険者証	記号	番号			1 明 3 大 5 昭	年月日	1 男 2 女	年月日	年月日	年月日	千円	任 4	
現住所	〒		被扶養者数		金融機関 (いずれかを選択)	銀行	銀行		普通 当座	番号		フリガナ	
	TEL ()		申請前	申請後			支店			番号			名義
							記号			番号			
事業所名称			適用年月日			資格喪失時標準報酬		全被保険者平均報酬月額		決定標準報酬月額			
			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			千円		千円		千円			

上記の通り任意継続被保険者資格取得を申請します。

退職後暦日で20日以内(必着)にこの申請書を健保組合に提出して下さい。申請書の健保への到着が20日間を経過した場合は任意継続被保険者にはなれません。申請書を健保にて受付後、折返し「保険料納付書」を発送しますので保険料の振込みを必ず納入期限内に行ってください。

(記入の方法)

- 金融機関は過払いの保険料返金や給付金の振込みに使う口座です。必ず本人名義の口座をご記入下さい。(旧姓名義でも可)
(保険料の引落しは一切行っておりません。)
- 年月日は全て和暦で記入してください。

【個人情報保護に関して】

個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。

次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関もしくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒141-0001東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL03-5795-6111 FAX03-5795-6107

受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

受付印

- * If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.
- * Please provide all requested information in the areas outlined in bold.

Voluntary Continuation Health Insurance System

《記入例》
Example

Health insurance card symbol/number

Approval seal (mechanical seals are not acceptable)

201

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※被保険者本人が氏名を記入した場合本人の押印は不要です。
※太枠で囲まれているところだけ記入してください。

Sex: male/female Date of Acquisition of Dependent Status (Y/M/D)

Meiji/Showa/Taisho

Date of retirement (Y/M/D)

被保険者証	記号 450	番号 []	フリガナ (姓と名の間1字あけ左づめ) 氏名 ケンポ タロウ Furigana	印	生年月日 1 明 3 大 5 昭 4 4 1 1 2 1	性別 1 男 2 女	資格取得日 0 2 0 4 0 1	退職年月日 1 7 0 3 3 1	資格喪失日 (任意継続) 資格取得日	標準報酬月額 千円	種別 任 4
被保険者証	記号 999	番号 9999999	Name 健保 太郎	印 (健保)	1 明 3 大 5 昭 4 4 1 1 2 1	1 男 2 女	0 2 0 4 0 1	1 7 0 3 3 1	年 月 日	千円	任 4
現住所	〒 123-4567 Current Address 〇〇県××市△△1-2-3 TEL 03 (1234) 5678		被扶養者数 申請前 申請後 Before 2 After 2	金融機関 (いずれかを選択) <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 Bank Branch 三井住友銀行 五反田支店 <input type="checkbox"/> 郵便局 Post Office	記号 Name 三井住友銀行 Branch 五反田支店	番号 普通当座 1 2 3 4 5 6 7 Number	フリガナ Furigana 名義 Account holder	Account type: ordinary account/ current account			
事業所名称	〇〇××(株)		適用年月日 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	資格喪失時標準報酬	全被保険者平均報酬月額	決定標準報酬月額					

Company where you were employed

Please submit this application to the Health Insurance Society so that it arrives within 20 calendar days after you leave the company. If this application arrives more than 20 days after your departure from the company, you will not be eligible for insurance coverage under voluntary continuous medical insurance. Once the Health Insurance Society receives the application, you will be sent an invoice for the insurance premiums. Please remit payment by the date indicated.

If you plan a change of address or name, please attach a note indicating your new address or name and the effective date of such change.

Number of dependents
Before application: number of family members dependent on your health insurance policy while you were employed.
After application: number of dependent family members you wish to designate when joining the voluntary continuing health insurance system.
If this number will not change, enter the same number noted for "before application."
* If the number of dependents before and after application has changed, you may need to submit other documents. If so, the Health Insurance Society will contact you.

- Financial institution (circle one)
- (記入の方法)
1. 金融機関は過払いの保険料返金や給付金の振込みに使う口座です。必ず本人名義の口座をご記入下さい。(旧姓名義でも可)(保険料の引落しは一切行っておりません。)
 2. 年月日は全て和暦で記入してください。

Indicate only whether the account for receiving medical cost reimbursements or benefits is a bank account or a post office account. Restricted to accounts in the name of the individual covered.