|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）≫

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の被保険者等 | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 資格確認書(※) |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | * 発行が必要 |
| 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） | | | | | | | | 資格確認書(※) |
|  |  | | | | | 昭･平･令  年  月  日 | | | |  | |  | | 同・別 | | 有・無 | 円 | | | 〒   - | | | | | | | | * 発行が必要 |
|  |  | | | | | 昭･平･令  年  月  日 | | | |  | |  | | 同・別 | | 有・無 | 円 | | | 〒   - | | | | | | | | * 発行が必要 |
|  |  | | | | | 昭･平･令  年  月  日 | | | |  | |  | | 同・別 | | 有・無 | 円 | | | 〒   - | | | | | | | | * 発行が必要 |
|  |  | | | | | 昭･平･令  年  月  日 | | | |  | |  | | 同・別 | | 有・無 | 円 | | | 〒   - | | | | | | | | * 発行が必要 |
|  |  | | | | | 昭･平･令  年  月  日 | | | |  | |  | | 同・別 | | 有・無 | 円 | | | 〒   - | | | | | | | | * 発行が必要 |
| 備考欄 | | | （※）資格確認書の発行（R6.12.1以降の加入者）が認められる理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

1.マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

2.マイナンバーカードを保有しているが健康保険証の利用登録を行っていない者、利用登録を解除した者

3.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

2.記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください。

3.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。）

4.資格喪失日は退職日の翌日です。

5.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。

6.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。

7.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。

オリンパス健康保険組合

R6.100