

(秘密)

オムロン健康保険組合理事長 御中

下記のとおり任意継続被保険者制度加入の申請をいたします。

申請日 令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

被 保 険 者	証記号	証番号	最終事業所（会社）名称（略称）	資格喪失日（退職日の翌日）		
				令和	年 月 日	
	加 (姓)	(名) * 自署の場合は押印不要 (印)	性別	生年月日		
			<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平	年 月 日	日生
	加入日以降の住民票 住所					
	〒 -					
	〒 -					
	郵送物送付先 住所					
	〒 -					
	※住民票住所と同じなら『同上』と記入					
	電話（自宅） () -			携帯電話（ご在宅でないことが多い方はご記入ください） () -		
	メールアドレス			資格確認書 <small>（発行を希望する方は右記に☑）</small>	<input type="checkbox"/> 発行を希望する <small>※マイナ保険証をお持ちの方はチェック不要</small>	
	再就職を予定している、または確定している場合記載願います。 <input type="radio"/> 再入社 <input type="radio"/> 予定 <input type="radio"/> 就職 <input type="radio"/> 確定			令和 年 月 日	事 記 業 入 所 欄	喪失時の標準報酬月額 千円
	保険料 自動振替 銀行口座	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 労働金庫 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 農協		<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所		
	口座番号 (普通)		口座名義（加）			
保険料支払い方法（いずれかを選択）		※半年払・年払を選択できるのは「任意継続保険」を 期間満了まで（2年間）継続見込みの方が対象です。				
<input type="radio"/> 毎月払		<input type="radio"/> 半年払（半年分前納）		<input type="radio"/> 年払（1年分前納）		
【被扶養者の認定申請】オムロングループ退職時に、引き続き家族を扶養に入れたい場合は、認定申請が必要です。						
被扶養者の認定 申請を行いますか？	<input type="radio"/> はい	→ 本申請書とともに、以下の書類をご提出ください。 「健康保険被扶養者（異動）届」・「被扶養者現況届」・その他の添付書類 その他の添付書類については、オムロン健康保険組合HPをご確認ください 健保HP「家族が増えた・減ったとき」 / 扶養認定に必要な資料一覧				
	<input type="radio"/> いいえ	→ 本申請書以外の添付書類は不要です。				
備考						
(注)	1. 申請できるのは喪失前被保険者期間が継続して2ヶ月以上あること。 2. 提出期限は喪失後20日以内。 3. 振込口座は給付が生じた時に必要となるため、必ず記入のこと。 4. オムロン再入社または就職が確定している時は、再雇用・就職予定日欄に 記入のこと。（保険料徴収を停止するため） 5. 連絡事項等は備考欄に記入のこと。			(健保記入欄)		
				資格取得日	年 月 日	
				資格喪失日	年 月 日	
				喪失時の標準報酬月額	千円	
				任継取得時の報酬月額	千円	
任意継続被保険者証 記号・番号	40-					