

健康保険任意継続被保険者資格取得届

保険証		被保険者氏名 (フリガナ)		性別	生 年 月 日		
記号				男	昭		
番号				女	平		
		令 和	年	月	日	令 和	年
資格喪失年月日 (退職日の翌日)				最 終 出 勤 日			
標準報酬月額 (記入不要)		千 円		在職情報 (退職日以前に 届出の場合)	在職時の 連絡先	所属・自宅・携帯・その他 () TEL	
資格喪失時の組合の名称 SMBC ファイナンスサービス健康保険組合				備考 (申請書提出 20 日以上遅滞理由の記入欄)			
保険料の支払方法 (希望の□にレ点)		<input type="checkbox"/> 毎月払い (口座振替 26 日) ※「預金口座振替依頼書」を同時送付のこと <input type="checkbox"/> 9 月まで前納 (9 月～翌年 3 月に退職した方は選択不可) <input type="checkbox"/> 3 月まで前納					
退職後の連絡先		〒 住所					
		電話		携帯			
		E メール					
注意事項		① 毎月払い選択の方：「預金口座振替依頼書」を本書と同時に送付してください。 ② 家族を扶養に入れる方：「被扶養者 (異動) 届」(正・副)・「扶養理由書」を本書と同時に送付してください。(ご家族の収入額を証明する書類等 (詳細は健保HPを参照) を添付願います。) ③ 旧保険証の返却：退職日の翌日にご家族も含め人事部へ返却してください。(関係会社の方は、各社の社会保険担当者へ返却) ④ 新保険証の交付：退職日の翌日以降に 1 回目保険料の納付書を送付します。1 回目保険料の入金を確認後、新しい保険証を交付します。(どの支払方法を選択された場合でも同対応となります。)					
注意事項を確認の上、上記のとおり申請します。 尚、任意継続被保険者の喪失後は、保険証をすみやかに返却いたします。また、資格喪失後に医療機関受診はいたしません。 誤ってその治療費が貴組合に請求があった場合は、お支払いいたします。 令和 年 月 日 (記入日) SMBC ファイナンスサービス健康保険組合理事長 殿 <div style="text-align: right;">氏名 (自署) _____</div>							

決定通知同：上記の方より任意継続被保険者資格取得の申請がありましたので通知してよろしいか。							
資格取得日	S・H・R	年	月	日	一般保険料	円	
資格喪失日	令 和	年	月	日	調整保険料	円	
任継取得日	令 和	年	月	日	介護保険料	円	
任継満了日	令 和	年	月	日	合計	円	

納 付 書 処 理	
1 回目	/
2 回目	必要・不要
保 険 証 処 理	
枚 /	

口 座 振 替 処 理	
受領日	
初回月	月分保険料より開始

常務理事	事務長		担当