

※ご記入前に公文健康保険組合のホームページ「退職をしたとき」および本書の下段をご覧ください。

健保組合決裁欄		
常務理事	事務長	係
受付年月日	年	月 日
決定年月日	年	月 日

任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者申請書

▼太線枠内はすべてご記入下さい

在職時交付を受けていた被保険者証の			被保険者氏名		性別	生年月日	
記号 (3桁)	1	番号 (6桁)	(フリガナ)	①	男・女	S・H 年 月 日	
退職後住所 (納付書・保険証等の送付先)			日中の連絡先(電話番号)		メールアドレス		
〒 -			自宅: 携帯:				
退職日		35歳以上の方はご回答ください 本年度の人間ドック等の受診有無	被保険者本人		被扶養者家族		
令和 年 月 日			___月に受診した・未受診		___月に受診した・未受診		
保険料納付方法を右から選択して下さい			①月払い		②前納(半期毎払い)		③前納(全期一括払い)

捨印欄
①

く同被
だじ保
さい險
を者
押氏
印名
し欄
しと

字挿入
字削除

保険料の納付方法

①健康保険組合から届く納付書を使って銀行の窓口でのお手続きとなります(振込手数料ご本人様負担)。ATM・ネットバンキングなどは使えません。
 ②月払いは該当月の1日から納付書に記載されている期日までに納付します(初回は納付書を受け取った日から納付期日まで)。
 ③前納払いは該当期間分を申請した月の末日までに上記①の方法で納付します。
 ※納付した保険料は、新しい勤務先で健康保険に加入した場合、後期高齢者医療の被保険者になった場合、被保険者が死亡した場合以外は返還できません。

▼被扶養者の申請をする場合は、下段太線枠内をご記入のえ、別紙「扶養状況届出書」を添付してください。

扶養する家族の氏名	性別	生年月日	続柄	扶養する家族の氏名	性別	生年月日	続柄
(フリガナ)	男・女	S・H・R 年 月 日		(フリガナ)	男・女	S・H・R 年 月 日	
(フリガナ)	男・女	S・H・R 年 月 日		(フリガナ)	男・女	S・H・R 年 月 日	

※この申請書は、退職した日の翌日から**20日以内**にご提出ください。 / 〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-2-2 公文健康保険組合宛

※この申請書を受け付けた後、任意継続に関する通知文と保険料納付書をご自宅にお送りいたします。保険料は納付期日が設定されていますので届き次第内容をご確認のうえ、**期日までに納付**してください。期日までに保険料の納付がない場合は、任意継続被保険者の資格取得申請は無効となります。

※任意継続被保険者の資格取得日は退職した日の翌日です。**取得日前及び保険料未納の場合は新しい保険証を交付することはできません。**
 また、在職中に交付した保険証は退職日まで有効ですが、退職日の翌日以降は使うことはできません。速やかに事業所経由で健康保険組合にご返納ください。
 不正に使用した場合は、医療費等を返還していただくこともあります。また、返納がない場合は新しい保険証を交付することはできませんのでご注意ください。
 ※任意継続に関するお問い合わせは公文健康保険組合にご連絡ください。 TEL : 06-4797-8804 / mail : kumon-health.dt@kumon.co.jp