

この申請書は任意継続保険に加入する方のみご提出ください。資格喪失日（退職日翌日）に国保へ加入する方・新しい就職先で加入する方・家族の扶養へ入る方は提出しないでください。

任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者申請書

※この申請書は退職日の翌日から20日以内に事業所・団体経由で提出してください。

※太枠で囲んだところは、全てご記入ください。（裏面も必ずご記入下さい）

※被保険者証は初回保険料の納付確認後に発行します。

処理年月日	標準報酬月額	常務理事	事務長	担当者	
年 月 日	千円				
被保険者証 交付日	年 月 日				

被保険者証の記号番号	被保険者氏名（フリガナ）	生年月日	住所（今後ご連絡のつく住所をご記入下さい。） ※住所変更の場合には、必ず住所変更届を提出してください。		
—	()	(和暦) 年 月 日	〒 — 固定電話：() 携帯：() E-Mail ()		
資格喪失日 (退職日翌日)	資格喪失時の所属		保険料の支払方法【銀行窓口での振込のみ】（□にチェックをお願いします） ※口座振替やネットバンキングでの振込はできませんのであらかじめご了承の上お申込みください※		
(和暦) 年 月 日	<会社名>	<部署名>	<input type="checkbox"/> 月払い希望 前納希望（年度を区切りとして最長12ヵ月です。以下の2種類からお選び下さい。） <input type="checkbox"/> 半期前納（6ヵ月前納 / 初回のみ取得月翌月～9月または取得月翌月～3月） <input type="checkbox"/> 通期前納（12ヵ月前納 / 初回のみ取得月翌月～3月）		

<健康保険被扶養者届>				配偶者 有・無	扶養家族がいる場合は必ずご記入ください。記入がない場合はご家族を扶養することはできません。また、必要添付書類（裏面参照）も添付してください。				
新規 申請	氏名（フリガナ）	性別	生年月日（和暦）	続柄	職業	年間収入見込	年金受給の有無 (有の場合は年金額を記入してください)		同居・別居 の別
<input type="checkbox"/>		男・女	年 月 日			円	有・無 (円)		同・別
<input type="checkbox"/>		男・女	年 月 日			円	有・無 (円)		同・別
<input type="checkbox"/>		男・女	年 月 日			円	有・無 (円)		同・別
<input type="checkbox"/>		男・女	年 月 日			円	有・無 (円)		同・別

↑ 新規申請者がある場合はチェック☑を入れ、各種証明書類（裏面参照）に加え「扶養申請書」を提出してください。（裏面あり）

<扶養者認定のための必要添付書類> *添付書類がそろっていない場合はご家族を扶養することはできませんのでご注意ください。

扶養家族がある場合は、その家族（ただし18歳未満の学生・乳幼児は除く）の収入が証明できる以下の書類を必ず添付してください。

- ① 収入がない場合・・・市区町村発行の所得証明書（記載省略なし）
- ② 年金収入がある場合・・・直近の年金改定通知書の写し（社会保険事務所が発行）または直近の年金振込通知書の写し
- ③ 給与収入がある場合・・・直近の給与明細3カ月分の写し
- ④ 学生の場合・・・学生証の写し

※ 配偶者のいらっしゃる方でお子様を扶養に入れられる場合は、世帯全員記載の住民票も添付してください。

※ 配偶者がいらっしゃる方でお子様だけを扶養に入れられる場合は、配偶者の収入証明書も添付してください。

※ 新規被扶養者がいる場合は「扶養申請書」も提出してください（「被扶養者異動届」は表面の被扶養者記入欄が兼ねているため提出不要です）。

※ 添付書類について詳しくは、ホームページ（<http://www.benesse-kp.or.jp/>）または健保組合HANDBOOKに説明がございますので必ずご確認ください。

誓約書

（必ずご署名・捺印してください）

1. **資格喪失日（退職日翌日）に任意継続保険以外の健康保険（国保や就職先の健康保険など）へ加入しないことをお約束します。**
2. 住所・氏名・電話番号等を変更したときは、ただちに健保組合にお届けします。
3. 保険料は期限内（月払いの場合は毎月10日まで・前納の場合は前納開始月の前月最終銀行営業日まで）に必ずお振り込みいたします。

期限内に納付なき場合は、資格喪失の処理をお願いします。

4. 健康保険組合からの郵便物（簡易書留）を受け取らなかった場合、任意継続の取得取消または資格喪失となる場合のあることを了解いたします。
5. 任意継続保険被保険者資格を喪失した場合には、必ず保険証を返納いたします。
6. 保険給付・還付等、健保組合から振り込み出来る様、銀行口座を事前に登録することに同意いたします。※口座振替の申込みではありません※

銀行	店	(普) 口座番号：	口座名義 (か)：
----	---	-----------	-----------

年 月 日

ベネッセグループ健康保険組合 理事長殿

被保険者氏名

印