



※③による保険料の納付が期限までにされなかった場合は、資格は取消となり保険証は遡って使用できなくなります。

なお、保険料の金額は、あらかじめTJKホームページでご確認いただけます。

※次月以降は毎月届く納付書で保険料を納付していただきます。

※倒産・解雇、雇い止めなどにより離職された方については、国民健康保険料の軽減措置が適用され、当組合の任意継続被保険者の保険料より低くなる可能性があります。任意継続のご申請にあたっては、あらかじめお住まいの市区町村にて国民健康保険料額をご確認のうえ、ご判断ください。

### 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

スタッフ

#### 記入例

※組合記入欄

|    |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|
| 記号 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 番号 |   |   |   |   |

- 保険証  
 納付書  
 納付書案内
- 受理通知書  
 注意事項  
 その他( )

■太枠内をご記入ください。

|                     |                    |      |   |
|---------------------|--------------------|------|---|
| 資格喪失年月日<br>(退職日の翌日) | 令和 2 年 4 月 1 日     | 備考   |   |
| 勤務していた<br>会社の名称     | ※退職した会社の名称をご記入ください |      | 配偶者の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 退職前の<br>被保険者証       | 記号 8888 番号 1       | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 59 年 7 月 1 日<br><input type="checkbox"/> 平成  |
| 氏名・印<br>(フリガナ)      | ケンポ タロウ            |      | 連絡先電話番号   |
|                     | 健保 太郎              |      | 自宅 03 - 11〇〇 - △△■<br>携帯 090 - 99△■ - 〇〇55  |
| 住所                  | (〒 111 - 22●● ) 東京 | 都道府県 | 千代田区富士見   |

退職後に住所変更があった場合は、添付書類が必要です。

健康保険料を納付期限までに納付しなかった場合、任意継続被保険者の資格が取消しとなることに了承し、速やかに健康保険証を返却します。また、健康保険証を使用していた場合の医療費等は返還します。

保険料納付に関する誓約

【申請者の署名】 **健保太郎** (個人印)

引き続き被扶養者として、同居で生活を営む場合は、必ず、署名・押印をお願いします。書類を揃え、下記に氏名等を記入してください。その他の親族の申請に必要な添付書類は、TJKホームページをご確認ください。

#### 健康保険 被扶養者異動届

| 氏名    | 性別  | 生年月日  | 続柄     | 職業           | 別居の場合の被扶養者の住所(同居の場合は記入しない)   |
|-------|---|---|--------|--------------|--|
|       |   |   |        | 月平均収入額       |  |
| 健保 花子 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 58・2・1<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 例 長男 妻 | パート 50,000 円 | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 (〒 - )<br><input type="checkbox"/> 別居 |
| 健保 一郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女            | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 10・2・2<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 長男     | 大学生 0 円      | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 (〒 - )<br><input type="checkbox"/> 別居 |
|       | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                       | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和                   |        |              | ( )  |
|       | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                       | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和                   |        |              | ( )  |

在職中に扶養していた家族(被扶養者)を引き続き健康保険の扶養に入れるときは、こちらにご記入ください。※収入状況等により、添付書類が必要になる場合があります

保険料の前納 (一括納付)希望

半期(9月または翌3月まで・最長5か月間)  
 通期(翌3月まで・最長11か月間)

※チェックがない場合は、単月の納付書をお送りします

※組合記入欄

納付済  
《納付書》

① 月  
② 月  
③ ~ 月

《初回期限》  
月 日

受付