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）
※任意継続保険の資格は初回保険料の納付確認後に有効となります。

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				
資格確認書等 交 付 日	年 月 日				

被保険者等の記号番号	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。	資格確認書発行≪注≫
－	（ ）	（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＞	□ 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。） □ 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） □ 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（ﾌﾘｶﾞﾅ）		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	資格確認書発行≪注≫
□			男・女	年 月 日			円	有 ・ 無 （ 円）	同・別	□
□			男・女	年 月 日			円	有 ・ 無 （ 円）	同・別	□
□			男・女	年 月 日			円	有 ・ 無 （ 円）	同・別	□
□			男・女	年 月 日			円	有 ・ 無 （ 円）	同・別	□

↑ 新規申請者がいる場合はチェック☑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。

≪注≫資格確認書の発行条件は裏面をご確認ください。

（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、新規・継続関わらず住民票（記載省略なし（本籍・個人番号含む）の世帯全員記載のもの、住民票コードのみ省略可）を必ず添付してください。

※ 本籍または国籍は国内居住要件の確認のため必要です。
本籍については、市区町村以下のマスキング可です。

※ 事業所を通して個人番号をご提出いただいている方は、個人番号省略可です。

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・・直近の年金額改定通知書の写し
または、直近の年金振込通知書の写し（日本年金機構が発行）
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。）

≪注≫資格確認書の発行条件について

資格確認書は次の条件にあてはまる方に限り、申請・発行することができます。

・マイナンバーカードを紛失した
・マイナンバーカードの更新手続き中
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている
・マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていない
・マイナンバーカードを作っていない
・マイナンバーカードを返納した
・マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要

また、資格確認書を有効期限内に資格喪失した場合には、返却していただく必要があります。

※ 添付書類について詳しくは、ホームページ（https://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・特定記録）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、必ず資格確認書を返納します。（※資格確認書をお持ちの方のみ）

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（ｶﾅ）：

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　　㊞