		常務理事印	事務長印	担当者印
受　付	令和　　年　　月　　日			
決　定	令和　　年　　月　　日			

任意継続被保険者資格取得申請書

●太枠線で囲んだところは、すべて記入してくださ

被保険者（本人）記入欄です。

任意継続時 被保険者等の	記 号	5	番号		標準報酬月額	千円
在職時 被保険者等の	記 号	1	番号	１１１１１	資格喪失時の 標準報酬月額	３００千円
資格取得年月日 （入社日）	□昭和 ☑平成 □令和 〇〇年〇〇月〇〇日			資格喪失年月日 （退職日の翌日）	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
被保険者の氏名	健康　太郎			生年 月日	昭和 55 年 6 月 1 日	
退職時の事業所	名称	株式会社〇△□		所在地	大阪市大阪区大阪町 1 丁目 23 番 45 号	
資格確認書発行要否	□ マイナ保険証なしのため発行が必要 資格確認書の発行が必要な場合（※）は、「マイナ保険証なしのため発行が必要」に☑チェックをしてください。 ※以下に該当する場合に限ります。チェックを入れていても該当しない場合は、資格確認書の発行はできません。 ●マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 ●マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ●マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者					

任意継続被保険者制度（裏面の確認事項）を理解したうえで、下記の通り申請いたします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者の個人番号（マイナンバー）記載欄

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

※個人番号（マイナンバー）又は通知カードに記載の番号（12 桁）をご記入ください。

被保険者（本人）の個人番号（マイナンバー）12 桁を記入してください。

居所住所　〒111-1112
大阪市大阪区大阪町 1 丁目 2 番 3 号

氏　　名　健康　太郎

自宅電話番号　（　01　）　2345　－　6789
携帯電話番号　（　02　）　3456　－　7890
メールアドレス　12345.67@〇〇〇〇〇.ne.jp

※上記の居所住所と同じ場合、住民票住所の記入は不要です。

住民票住所　〒

裏面に続く

●確認事項

確認項目	確認内容
加入期間の条件	退職日まで継続して 2 か月以上被保険者であること。
加入手続き（提出期限）	任意継続被保険者資格取得申請書の太枠線内に必要事項を記入のうえ退職日の翌日から 20 日以内（健康保険法第 37 条）に必ずエクセディ健康保険組合へ提出（必着）すること。（退職前の事前申請可）被扶養者がおられる方は「健康保険被扶養者（異動）届」等と各種証明書も併せてご提出ください。 **※20 日を経過した申請書は受理できませんのでご注意ください。**
加入期間	任意継続被保険者となった日から**最長 2 年間**です。 75 歳になると後期高齢者医療制度に加入するため 2 年以内でも喪失します。
標準報酬月額	保険料計算の基礎となる標準報酬は、退職時の標準報酬月額か、前年 9 月末日現在のエクセディ健康保険組合の全被保険者の標準報酬月額の平均額を比較して、いずれか低い額に決められます。 **※上限額・保険料率は毎年見直しがあります。**
保険料額	被保険者の自己負担分と事業主負担分をあわせた**全額が自己負担となります。**任意継続被保険者になると、事業主による保険料負担はありません。 **※初回の保険料を納付期限迄に納付されなかった場合は、加入自体を取消します。**
資格を喪失するとき（②③⑥の場合はエクセディ健康保険組合へ連絡が必要です）	① 任意継続被保険者となった日から起算して 2 年を経過したとき ② 再就職して、他の健康保険の被保険者になったとき ③ 被保険者が死亡したとき ④ 保険料を納付期日（毎月 10 日）までに納付されなかったとき（毎月払いの場合） ※10 日が土・日・祝日の場合は、その翌日が納付期日になります ⑤ 後期高齢者医療制度の被保険者になったとき ⑥ 任意継続被保険者でなくなることを申出し、エクセディ健康保険組合が受理したとき ※申出が受理された日の属する月の末日が資格の期日となります。
住所等の変更	住所や連絡先が変更になる場合は、速やかにエクセディ健康保険組合に手続きをおこなうこと。
資格喪失後の健康保険証	資格喪失後 5 日以内に、健康保険証または資格確認書を返却すること。（ご家族分含む） **※資格喪失後にエクセディの健康保険を使用した場合、後日エクセディ健康保険組合が負担した医療費・健診費用等の請求に応じること。**

上記の「●確認事項」を理解いたしました。

本人署名

健康　太郎

被保険者（本人）記入欄です。

本人確認書類　貼りつけ用紙

下記　１，２のいずれかのコピーを貼りつけて本紙を『任意継続被保険者資格取得申請書』と一緒にご提出ください。

1	マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちの場合	マイナンバーカードの**表面（写真のある面）と裏面（マイナンバーの記載がある面）のコピー**を添付してください。 ※表面が②身元確認書類、裏面が①番号確認書類となります。
2	マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちでない場合	**①番号確認書類** 個人番号通知カードのコピー ※デジタル手続法の施行日（令和2年5月25日）時点で交付されている通知カードは、氏名、住所等の記載事項に変更がない場合又は正しく変更手続がとられている場合に限り可 住民票（マイナンバーの記載のあるもの） 住民票記載事項証明書（マイナンバーの記載のあるもの） のうち どれか1つ **②身元確認書類** 運転免許証のコピー パスポートのコピー その他官公署が発行する写真つき身分証明書のコピー のうち どれか１つ **①番号確認書類及び②身元確認書類からそれぞれ１つずつ添付してください。**

①番号確認書類	②身元確認書類
被保険者（本人）の番号確認書類と身元確認書類を張りつけてください。 ここに貼りつけてください。 **※原本は貼らないでください。**	ここに貼りつけてください。 **※原本は貼らないでください。**

【個人番号の利用目的について】
エクセディ健康保険組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第１の第２項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。