

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

記号		氏名		(印)	性別	男・女
番号		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢		歳
住所および電話番号		〒□ 自宅 () 携帯 ()				
被扶養者の有無	有・無	※「有」を「○」で囲んだ場合は、下記の「健康保険 被扶養者届【資格取得時】」をご記入ください。				
資格喪失の際使用されていた事業所	事業所名 (○で囲む)	・SMBCコンシューマーファイナンス(株) ・アビリオ債権回収(株)・(株)SMBCモビット				
	住所					
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成・令和 年 月 日	資格喪失時の標準報酬月額	千円			
保険料納付方法 (選択して下さい)	単月納付 ・ 6ヵ月前納 ・ 12ヵ月前納					
	※「6ヵ月前納」及び「12ヵ月前納」を希望された場合、資格取得年月日(資格喪失年月日)の属する月の月末までに前納保険料を納付していただく必要があります。					
本人名義の銀行口座	銀行・信用金庫 支店 口座番号(普通)					本店

健康保健 被扶養者届【資格取得時】

- 任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方について記入してください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」を提出してください。

被扶養者欄	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
	(フリガナ)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			万円	同居・別居
	(フリガナ)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			万円	同居・別居
	(フリガナ)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			万円	同居・別居
	(フリガナ)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			万円	同居・別居

扶養に関する申立欄	(印)
※添付書類が提出できない事情にある場合は、事業所へ問合せください。	
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入を記入してください。	

上記の事実と相違ありません。申出者氏名

万円

・住所や振込口座等の変更があった場合は、速やかに健康保険組合に届出いたします。

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日

上記の通り、申請致します。

〒104-0061 東京都中央区銀座4-12-15 TEL 03-3543-8330
SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 FAX 03-3543-8331

<健保記入欄>

任意継続記号・番号 .

標準報酬月額 (千円)

資格取得年月日 年 月 日

資格喪失年月日 年 月 日

納入方法 単・6・12

常務理事	事務長	担当者

受付印

健康保険任意資格取得申請について

健康保険組合の任意継続被保険者制度のあらまは、下記の通りです。

1. 加入期間は2年間経過する期間
2. 死亡した時、被保険者となった(再就職した)時、資格を喪失します。
3. 上記以外の自己都合により、期間満了を待たずに任意継続を中止する等の予定のある方は、最初から国民健康保険等を検討してください。
4. 保険料額は、退職時の標準報酬月額または当健保組合の全被保険者の平均標準報酬月額(前年の9月30日現在)のいずれか低い額を基に算定します。
尚、平均額に変更があった場合は、4月1日より改定され、該当年度が始まる月の前月(3月)初旬に連絡いたします。
5. 給付内容は退職前と同じです。
6. 保険料は、初回は加入時に健康保険組合の指定日までに納入していただきます。次回からは、納付書に基づき納付書に記載されている10日(金融機関が休みの場合は翌営業日)までに振込をしてください。当月分の保険料が10日までに納付されない場合、翌日に資格を喪失します。
尚、前納制度(4月から9月まで若しくは10月から翌年3月の6ヶ月間と、4月から翌年3月の12ヶ月間)があります。その場合は、事前に健康保険組合に申告の上、適用月の前月の末日までに該当月数の全額を納付してください。申告のない場合は、月々の納付書を一括送付(適用年度分のみ)いたします。納付書の管理は自己責任で適切に行ってください。
7. 再就職、死亡、加入期間満了した時および資格がなくなった諭旨の通知があった時は、速やかに被保険者証を健康保険組合に返納してください。
8. 任意継続被保険者資格取得申請書は、資格喪失の日(退職した日の翌日)から20日以内に提出してください。
9. 任意継続の保険料は、自動引き落としをしておりません。
10. 本人名義銀行口座は、保険給付金等をお支払いする場合必要となります。

●申請に必要な記入書類は、事業所の担当者に確認願います。

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

記号	×	氏名	健康 太郎	印	性別	男・女
番号	××××	生年月日	昭和・平成・令和 ××年 ××月 ××日	年齢	××	歳
住所および電話番号	〒135-0091 東京都千代田区大手町×-× 自宅 03 (4321) 8765 携帯 090 (1234) 5678					
被扶養者の有無	有・無	※「有」を「○」で囲んだ場合は、下記の「健康保険 被扶養者届【資格取得時】」をご記入ください。				
資格喪失の際使用されていた事業所	事業所名 (○で囲む)	・SMBCコンシューマーファイナンス(株) ・アビリオ債権回収(株)・(株)SMBCモビット				
	住所	東京都中央区銀座4-12-15				
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成・令和 ××年 ××月 ××日	資格喪失時の標準報酬月額	×××千円			
保険料納付方法 (選択して下さい)	単月納付 ・ 6カ月前納 ・ 12カ月前納 ※「6カ月前納」及び「12カ月前納」を希望された場合、資格取得年月日(資格喪失年月日)の属する月の月末までに前納保険料を納付していただく必要があります。					
本人名義の銀行口座	××××	銀行・信用金庫	××××	支店 本店	口座番号(普通)	××××××

健康保健 被扶養者届【資格取得時】

- 任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方について記入してください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」を提出してください。

被扶養者欄	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
	(フリガナ) ケンコウ ハナコ 健康 花子	大正 昭和 平成 令和 年 × 月 × 日	男・女	妻	主婦	万円	同居・別居
(フリガナ) ケンコウ イチロウ 健康 一郎	大正 昭和 平成 令和 年 × 月 × 日	男・女	長男	高校生	万円	同居・別居	
(フリガナ)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			万円	同居・別居	
(フリガナ)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			万円	同居・別居	

扶養に関する申立欄	上記の事実と相違ありません。申出者氏名 健康 太郎 印
※添付書類が提出できない事情がある場合は、事業所へ問合せください。	
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入を記入してください。	万円

・住所や振込口座等の変更があった場合は、速やかに健康保険組合に届出いたします。

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿

令和 ××年××月××日

上記の通り、申請致します。

〒104-0061 東京都中央区銀座4-12-15 TEL 03-3543-8330
SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 FAX 03-3543-8331

<健保記入欄>

任意継続記号・番号
標準報酬月額
資格取得年月日
資格喪失年月日
納入方法

・

(千円)

年 月 日

年 月 日

単 ・ 6 ・ 12

常務理事	事務長	担当者