

必ず退職日前までに、健康保険組合までFAXにてご連絡ください

退職後の健康保険調査届

令和 年 月 日

近畿日本ツーリスト健康保険組合 御中

FAX: 03-6845-3702

※FAX送信後必ず健保まで着信確認の電話をお願いします。

(TEL:03-6852-2175)

私は、令和 年 月 日付にて退職いたします。

退職後の健康保険は、以下の健康保険制度に加入いたしますので予めご連絡します。

①～⑤より一つを選択の上、()内に○印をお付けください

- () ① 再就職先の健康保険組合に加入する。
- () ② 国民健康保険に加入する。
※ 健康保険資格喪失証明書の発行は、(要 ・ 不要) です。
- () ③ 家族の被扶養者となる。
※ 健康保険資格喪失証明書の発行は、(要 ・ 不要) です。
- () ④ 近畿日本ツーリスト健康保険組合に加入している事業所に転籍する
- () ⑤ 近畿日本ツーリスト健康保険組合の任意継続被保険者(任継)となる。
※ ア・イの用紙は、健保組合のホームページからも入手できます。
- ア) 任意継続被保険者資格取得申請書は、健保組合からの送付を (希望する ・ 希望しない)
- イ) 健康保険被扶養者(異動)届は、健保組合からの送付を (希望する ・ 希望しない)
- ウ) 保険料の納付方法をお選びください。 (毎月 ・ 半期前納 ・ 年間前納)

* 任意継続被保険者資格取得申請書の提出期限

任継加入をご希望の方は、退職後20日以内に健康保険組合までご提出ください。
健康保険法第37条により、期日を過ぎてからの申請は、できませんので充分ご注意ください。

* 保険料の納付期限

毎月の保険料の納付期限日は、初回分を除き毎月10日です。(土日祝日の場合は翌日)
保険料を納付期限までに納付しなかった場合は、任意継続被保険者資格が喪失します。

* 保険料の前納

保険料を前納致しますと所定の割引が受けられます。又、前納は、加入月の翌月以降の保険料が対象で、加入月の末日までに納付することが前提です。(期限を過ぎますと割引が受けられません)

必 ず ご 記 入 く だ さ い	被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	被保険者証	記号	番号				
	所属先	会社名	箇所名				
		電話	-	-			
	自宅住所	〒: -	携帯: -	加入電話: -	-	-	
連絡欄							

問い合わせ先

〒101-0024 東京都千代田区神田和泉町1-13 住友商事神田和泉町ビル14階 電話:03-6852-2175

常務理事	事務長	係	係	送付日
				/