

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 4年12月 1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 4年12月31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 ケンポ タロウ 健保 太郎 | 生年月日 | <u>昭和</u> 平成 55年11月11日 | |
| | 被保険者証 | 記号 79 | 番号 | 10000 | |
| | 所属先 | 会社名 | 近畿日本ツーリスト株式会社 | 箇所名 | 人事部 |
| | | 電話 | 03 - 6698 - 1234 | | |
| | 自宅住所 | 〒: 160-0123 東京都新宿区西新宿 1-2-3 携帯: 090-1234-5678 加入電話: - - | | | |
| 連絡欄 | 令和5年1月15日から転居のため住所が変わります。 〒556-0017 大阪府大阪市浪速区湊町7-8-9 (電話番号は変わりません) | | | | |

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 |
|------|-----|---|---|-----|
| | | | | / |

R04.11改