

記号 1010 番号 12345

健保 太郎 様 (退職時 440 千円)

サンプル

三井E&amp;S健康保険組合

## 任意継続保険料の納付告知および納付方法について (ご案内)

任意継続者となられた場合の保険料納付額および納付方法については、次の通りです。別添の「任継資格取得申請書」に記入のうえ、健保宛てに提出されるとともに、納付期限までに振込み手続きをしてください。期限までに振込みのない場合は、健康保険法により申出のなかったものとなります。

(詳細につきましては、三井E&S健保HPトップ画面の「任意継続手続き」をご覧ください)

## 1. 資格期間 ⇒ 最長2年間

保険料は事業主負担分を含めご負担いただくことから在職時より負担額が増えます。

については、加入時の月額により国保保険料の方が安くなる場合もありますので、居住されている市区町村・役所の国民健康保険課にお尋ねください。なお、任意継続加入後に収入額が減少した場合、翌年度から国民健康保険料の方が安くなる場合がありますので、加入時に十分ご検討いただきますようお願いいたします。

国保も任意継続も医療機関(病院)の窓口負担額は、本人・家族とも同額です。

## 2. 保険料納付方法 (いずれかにより納付してください)

	毎月納付する場合 (単月納付)		一括納付する場合 (前納納付)
保険料	44,528円 / 月 (含介護保険料)		524,849円 (含介護保険料) 割引額 (△9,487円)
振込期間	初回	4/1~4/20 (20日が休日の場合は翌日までに)	<u>(3月中の入金は受付られません!)</u> <u>入金された場合は、返金いたします。)</u> 4/1~4/20 (20日が休日の場合は翌日までに)
	翌月以降	毎月1日~10日まで (10日が休日の場合は翌日までに)	
	その他	3回目の納付から郵便局の自動引落しを希望される方は、別途手続きがありますので、健保までご連絡ください。(手続きには約2ヵ月かかります)	

※被保険者又は被扶養者に40歳以上65歳未満の方がいる場合、介護保険料を徴収します。

※上記の保険料適用期間は〇〇〇〇年3月末日まで、以降は3月初旬に別途通知します。

## 《指定振込先》

振込先	記号	番号	種別	口座名義
郵便局口座	10090	84578041	普通	三井E&S健康保険組合

【銀行から振込をする場合】ゆうちょ銀行(コード:9900)店名・店番008(ゼロゼロハチ)口座番号:8457804

## 3. 保険証の発行

手続き完了後、速やかに発行・送付します。

## 4. その他

送付、通知等はすべて自宅郵送となりますので住所変更時は必ず当方へご連絡ください。

<問合せ先> 健保代表電話:03-3544-3700 担当:上瀉口<sup>かみがたくち</sup>(直通電話080-7656-8593)

以上

健康保険任意継続被保険者 資格取得（申請、通知）書

常務理事	主任	担当

下記のとおり申請するとともに、保険料の期限内未納の場合は、健康保険法に基づく喪失の手続きをすることを誓約いたします。

被保険者証の 記号番号	記号	番号	資格取得	資格喪失
標準報酬 月額	喪失の際	任継取得	定年月日	
保険料額	千円	円	<b>サンプル</b>	
	円	円		

※太枠内申請者記載欄

フリガナ	ケンポ タロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭・平 30年3月30日生
申請者氏名	健保 太郎 	最後に在籍していた事業所名	株式会社三井E&S		
郵便番号	000 - 0000	電話番号	0863-00-0000		
住所	岡山県〇〇市〇丁目〇番地〇号				<small>※「臓器提供保護シール」及び「ジェネリック医薬品希望シール」について必ずご記入ください。(要・不要のいずれかに○を付け、必要枚数をご記入ください。)</small> 臓器提供保護シール <input checked="" type="radio"/> 要・不要 必要枚数(1)枚 ジェネリック医薬品希望シール <input checked="" type="radio"/> 要・不要 必要枚数(1)枚
郵便局 口座	[注意事項：健保給付金等の振込受取口座となります] 記号 12340 番号 45678901		納付方法を○印で 囲んでください。 <input checked="" type="radio"/> 前納・単月	申請者氏名は郵便貯金総合通帳の「おなまえ」欄の氏名と必ず同一表記でご記入ください。	

※郵便局口座をお持ちでない場合は、銀行口座をご記入ください。

年 月 日

上記のとおり通知いたします。

三井E&S健康保険組合