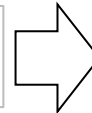


【申請前にご確認ください】

任意継続保険の制度や手続き方法について、動画を交え、わかりやすくご説明しています

二次元コードを読み込み、説明をご覧ください



PCからは パナソニック健保 任意継続



常務理事	検印	担当



●本申請書と合わせて提出が必要な書類●

現住所記載の本人確認書類

運転免許証コピー、住民票写しのいずれか1つ

預金口座振替依頼書(※)

※ 口座振替を希望する方のみ

任意継続被保険者資格取得申請書

私は、別紙「承諾書」の内容を理解し、加入手続きを行います。

※太枠線内記入してください。

				提出日					
				年	月	日			
在職時 保険証	記号	番号 (右詰め記入)			被保険者氏名	性別	生年月日	年齢	
	1 0				(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 □平成 年 月 日	才	
住民票 住所	〒 -				自宅TEL	- -			
					携帯TEL	- -			
資格取得日(入社日)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	退職日	令和	年	月	日
退職時の所属事業所									
保険料納付方法				保険料納付期間					
<input type="checkbox"/> 口座振替(引落) ※別途、口座振替依頼書が必要です <input type="checkbox"/> 払込票による振込				<input type="checkbox"/> 1年前納(4月~翌3月) <input type="checkbox"/> 半年前納(4月~9月) <input type="checkbox"/> 毎月(10月~翌3月)					
健保からの給付金振込口座				※ご本人名義の口座に限ります。口座振替の方は、振替口座と同一の口座をご記入ください。 ※ゆうちょ銀行の場合、【振込用】の店番号・口座番号をご記入ください。					
納付方法に関わらず 必ずご記入ください	銀行コード		支店コード		口座番号 (右詰め記入)				
	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所		普通				

＜被扶養者申請欄＞

在職中より認定を受けていた被扶養者を引き続き扶養する場合にご記入ください。

新たに認定を希望する場合はこの欄に記入せず、別途「被扶養者異動届」と必要な添付書類をご提出ください。

(フリガナ)		性別	生年月日	年齢 続柄	(フリガナ)		性別	生年月日	年齢 続柄
被扶養者氏名	被扶養者氏名								
①		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 □平成 令和 年 月 日	才	③		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 □平成 令和 年 月 日	才
②		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 □平成 令和 年 月 日	才	④		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 □平成 令和 年 月 日	才

事業所担当者記入欄

資格取得日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	退職時の 標準報酬月額	千円
事業所・部署名		担当者名	電話番号

健保受付印

健保受付印
-------

## 承 諾 書 (本人控)

「任意継続被保険者制度」加入申請にあたり、次の事項を必ずご確認ください。

↓  チェックをつけながら内容確認を行ってください

承諾項目	承諾内容
加入期間の条件 提出期限 加入期間	<input type="checkbox"/> 退職日まで継続して2か月以上被保険者であること <input type="checkbox"/> 退職日の翌日から20日以内に当健保へ申請書を提出(必着)すること <input type="checkbox"/> 退職日の翌日から継続して最長2年間
保険料の決定方法 (健康保険・介護保険)	<input type="checkbox"/> 保険料の計算式 $\text{保険料} = \text{標準報酬月額} \times \text{保険料率} \quad (\text{※全額個人負担})$ <input type="checkbox"/> 保険料の基礎となる標準報酬月額 退職時の標準報酬月額と上限額(当健保の全被保険者の平均標準報酬月額)を比較していずれか低い額となり、2年間適用となる ※上限額・保険料率は、毎年見直しあり
保険料の納付	<input type="checkbox"/> 原則、口座振替。当該金額以外に手数料(100円+消費税)が必要 <input type="checkbox"/> 納付単位は、毎月、前納(1年・半年)より選択 <input type="checkbox"/> <u>口座振替の場合でも、初回および手続き完了までは振込での納付になる</u> <input type="checkbox"/> 納付単位の変更受付時期は、年に1度、当健保より案内 <input type="checkbox"/> <u>初回保険料を納付期限までに納付されなかった場合、加入自体を取消</u>
被扶養者の資格確認	<input type="checkbox"/> 在職中より認定を受けていた被扶養者を引き続き扶養する場合、被扶養者認定基準を満たしており、被扶養者資格があることの確認を行った<扶養認定基準> パナソニック健保・ホーム>もっと知りたい『健康保険』のこと>被扶養者(家族)の加入・脱退>被扶養者になるための条件(被扶養者認定基準) <a href="http://phio.panasonic.co.jp/hoken/shikumi/kazoku_kanyuu/ninteikijyun.htm">http://phio.panasonic.co.jp/hoken/shikumi/kazoku_kanyuu/ninteikijyun.htm</a>
資格喪失条件	<input type="checkbox"/> 下記の資格喪失条件に該当したときは脱退となる。(②③⑥の場合は当健保へ連絡が必要) ① 加入期間が満了(資格取得日から2年)になったとき ② 新たな勤務先の健康保険の被保険者となったとき ③ 死亡したとき ④ 保険料を納付期限までに納めなかったとき ⑤ 後期高齢者医療制度の対象となったとき(75歳に到達または65歳以上で認定を受けた方) ⑥ 脱退の申出をし、当健保が受理したとき
住所等変更の場合	<input type="checkbox"/> 住所や連絡先、および口座が変更になる場合、速やかに当健保に手続きを行うこと
資格喪失後の健康保険証	<input type="checkbox"/> 資格喪失後5日以内に、健康保険証を返却すること(ご家族分含む) ※喪失後に健康保険証を使用した場合、後日、当健保が負担した医療費・健診費用等の請求に応じること



お願い

- ・預金者欄の印鑑は金融機関への届出印（通帳等でご確認ください）で鮮明にご捺印ください。
- ・預金種目は普通又は当座 いずれかの口欄を✓で選択してください。（貯蓄預金のご指定できません）
- ・ゆうちょ銀行ご指定の場合は、直接窓口での受付はできません。

委託者番号					
0	0	1	0	5	0

顧客番号							
0	0	9	1	0			

銀行  
信用金庫  
組合  
労働金庫  
農協

預金口座振替依頼書  
自動払込利用申込書 (収) (加)

年 月 日

私は、下記の収納代行会社から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替 規定を確約のうえ依頼します。

収納代行会社	りそな決済サービス株式会社 (略称:RKS) <旧 大和ファクター・リース株>	どちらか一つをご指定ください。
金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)		ゆうちょ銀行
金融機関コード	支店コード	種目コード 契約種別コード
		166 30
指定口座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種目 (必ずご記入ください)	口座番号 (右からつめてご記入ください)
	<input type="checkbox"/> 普通 (総合口座含) <input type="checkbox"/> 当座	記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入下さい)
		1 0 ※
フリガナ		
口座名義人		お届け印 振替日・払込日 金融機関休業日 の場合翌営業日 1. 3日 2. 22日

—— 預金口座振替規定 ——

- りそな決済サービス株式会社より貴行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む）をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解除するときは、私から貴行に書面により届出ます。なおこの届出がないまま、長期間にわたりりそな決済サービス株式会社から請求がない等相当の理由があるときは、とくに申出をしない限り貴行はこの契約を終了したものと取扱ってもさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても貴行の責めによる場合を除き貴行には迷惑をかけません。

※ゆうちょ銀行は除く。  
(ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込み規定が適用されます)

《金融機関・ゆうちょ銀行へのお願い》  
この依頼書に不備がありましたら、不備返却事由に○をつけ取りまとめ店経由にて、至急りそな決済サービス株へご返送ください。

金融機関・ゆうちょ銀行使用欄	(不備返却事由)	検印 印鑑照合 受付印
	1.預金取引なし 3.印鑑相違	
	2.記載事項等相違 4.その他	
	(店名、預金種目) (口座番号) (口座名義) (備考)	

〒153-8583  
東京都目黒区目黒2-13-18  
りそな決済サービス株式会社  
りそな代金回収センター (ワイドネット)  
TEL 03-5773-5172 (専用)  
TEL 0120-12-7725 (フリーダイヤル)

太枠内をボールペンでもれなくご記入ください。

料金等の 収納依頼 企業名	パナソニック健康保険組合	代金等 の種類	健康保険料及び介護保険料
---------------------	--------------	------------	--------------