

記入例

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

継続被保険者資格取得申出書

申請日		2024		年	4	月	1	日									
(勤務していた) 会社の名称		XX 株式会社		(退職日の翌日) 資格喪失年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和		6	年	4	月	1	日				
保険証 記号		フリガナ		ケンポ タロウ		電話番号		〇〇〇-△△△-××××									
1234		番号		被保険者 氏名		健保 太郎		生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1			年	6	月	1	日
2		5678		氏名		健保 太郎		生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1			年	6	月	1	日
住所 (住民票)		〒 〇〇〇-△△△△		※退職後の住所を都道府県からご記入ください。		愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△×××		住所は必ず住民票住所を記載ください									
メールアドレス		abc		@		def.co.jp											

被扶養者異動届

※継続加入される被扶養者についてご記入ください。(新たに加入希望される場合は、当組合までご連絡ください。)

氏名	生年月日	続柄	職業	同居/ 別居	住所(住民票)
			月平均収入額		
健保 花子	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 2	妻	主婦 0	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒
	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒
	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒
	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒

保険料の支払方法

※ご希望の支払方法にチェックを入れてください。

保険料の支払方法	手続きおよび注意事項
<input type="checkbox"/> 前納/通期	複利原価法により最大年4%の割引が適用されます。
<input type="checkbox"/> 前納/半期	納付期限までにお振込みがない場合は、割引適用外となりますので、ご注意ください。
<input type="checkbox"/> 口座振替(毎月)	別紙『預金口座振替依頼書』の原本をご提出ください。

健保からの保険給付や補助金などを振込む口座をご指定ください。

銀行名				支店名			
金融機関コード	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信用金庫	店舗番号	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店		
	<input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 出張所			
口座番号(普通預金口座)				口座名義(被保険者名義)			
→右詰めで 記載下さい							

任意継続制度について

◆加入条件と加入期間

加入条件	退職日まで2カ月以上被保険者だった人。 ただし、退職日の翌日（資格喪失日）から20日を超えると加入手続きができません。
	当組合ポータルサイト【My Health Plus】の登録 ◇会社メールアドレスで登録されている方は、個人メールアドレスへ変更してください。 ◇未登録の方は下記URLにアクセスし、表示された画面に入力ください。ID/PWを再発行させていただきます。 https://toyotsu.or.jp/kenpo/exentry/1619185164_6999
加入期間	退職後2年間

◆加入手続き

任意継続資格取得申請書を健保組合までご提出ください。

提出書類	任意継続資格取得申請書 ※本申請書を記載し提出ください。
提出先	豊田通商健康保険組合 1238-ninkei@dist.toyota-tsusho.com
提出期限	退職月の15日（月末退職でない場合は退職日の2週間前）

注）保険料の納付方法を毎月払いで選択されている方は口座振替依頼書の原本の提出が必要となります。
社内便か郵送でご提出ください。

〒450-8575

提出先 名古屋市中村区名駅4-9-8 センチュリー豊田ビル
豊田通商健康保険組合

◆保険料の納付について

初回保険料	当組合ポータルサイト【My Health Plus】に通知書をアップロードします。 内容をご確認の上、当組合指定口座までお振込みをお願いします。
-------	---

・初回以降の保険料

前納の場合	通期前納は3月、半期前納は9月・3月に翌期の保険料のご案内を健保からいたします。 案内確認後、納付期限までに振り込みをお願いします。
毎月払いの場合	加入後3ヶ月目から毎月27日（土日祝の場合後倒し）に自動引き落としさせていただきます。 引落ができない場合は対象月の10日までに振込が必要となり、 振込がない場合は任意継続の資格を喪失しますのでご注意ください。

・保険料金額について

任意継続被保険者制度では、在職中に事業主が負担していた分（約60%）を含めて、
全額被保険者負担となります。また、期限満了の2年間原則保険料は変わりません。
(当組合保険料率、標準報酬平均額等の変更があり、保険料が変更となる場合は別途連絡いたします。)

◆加入後の手続きについて

当組合HPに詳しい説明のご案内がございますのでご確認ください。

https://toyotsu.or.jp/kenpo/retirement_keizoku