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、（　）内に〇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
	被保険者証等	記号		番号	
	所属先	会社名		箇所名	
		電話	ー　ー		
	自宅住所	〒　ー 携帯　ー　ー	加入電話　ー　ー		
	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
				／

R06.12改