

## ～ 任意継続保険について～

### (1) 加入の手続き

申請書に必要な事項を記入、住民票を添えて**退職日後20日以内にCNCグループ健保へ提出してください。**

(注) 引き続き家族を扶養する場合は、下記の書類を必ず提出してください。

(15歳未満の家族はa以外の書類は必要ありません)ただし、必要に応じて別途書類を提出していただく場合があります。

- a. 世帯全員の住民票(続柄記載あり/3ヶ月以内に発行されたもの)
  - b. 収入がない場合 …… 非課税証明書(市町村が発行)
  - c. 年金収入がある場合 …… 最近の年金改定通知書のコピー(日本年金機構が発行)
  - d. 給与収入がある場合 …… 最近の給与明細3ヵ月分のコピー
  - e. 学生の場合 …… 学生証のコピー
- } + 所得証明書  
(市町村が発行)

※その他、必要に応じて別途証明書類を健保から依頼する場合があります。

### (2) 保険料

- ① 退職された時の標準報酬月額(上限:26万円)によって決定します。
- ② 在職中の保険料は会社負担分がありましたが、任意継続の保険料は全額自己負担となります。
- ③ 保険料の納付は、**資格確認書とともにお送りする納付書の納付期限までに納付**願います。  
振込時間によっては翌日取扱いになる場合があります。納付期日までの日付で入金確認ができるよう納付願います。  
**納付期限までに納付がない場合は、資格の取り消し又は喪失となります。**
- ④ 毎月の保険料を納付する場合、原則、当月分を当月10日(土日・祝日の場合は翌営業日)と決められています。

### (3) 資格喪失

次のいずれかの事由に該当する場合、資格を喪失します。

なお、②～④のいずれかの事由に該当する場合は、必ずCNCグループ健保までご連絡願います。

- ① 任意継続被保険者となった日から2年を経過したとき
- ② 被保険者が就職したとき
- ③ 保険料を納付期限までに納付しなかったとき
- ④ 被保険者が死亡したとき
- ⑤ 後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
- ⑥ 被保険者から資格喪失の申し出があったとき(原則申出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日)

※ 一旦納付された保険料は、就職・死亡の場合を除き返還はできませんので予めご了承ください。

※ 資格喪失した場合、必ず健康保険証、資格確認書(ご家族を含む全員分)、限度額適用認定書等をご返却ください。

※ 資格喪失後に無資格診療があった場合は、医療費の返還請求をします。

◆申請書がCNCグループ健保に届き、手続きが完了次第、資格確認書と保険料納付書を送付いたします。

◆お手元に資格確認書が届くまでの期間が10日程度です。

◆不在などの理由で申請書に**記入された住所以外へ送付をご希望の場合、下記の宛名用紙を記入のうえ申請書に添付してください。**

(郵便物が確実に届くよう、正確かつ丁寧に記入ください)

#### 任意継続宛名用紙

(申請書記入住所以外へ送付の場合に記入)

〒 -

様

#### CNCグループ健康保険組合

〒604-8153

京都府京都市中京区笋町689番地 京都御幸ビル6F

☎ 075-253-6774 FAX 075-253-6784

任継資格取得年月日	任継資格喪失予定年月日	決定標準報酬月額	保険料	初回保険料納付期日
令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円	健 介 円 円	令和 年 月 日
マイナ保険証(有・無)		交付:資格確認書( 枚)資格情報のお知らせ( 枚)		

常務理事	事務長	係	係

## 任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者申請書

※この申請書は、退職日の翌日から20日以内にCNCグループ健康保険組合へ到着するように提出してください。

※太枠内をご記入ください。保険料の支払方法も必ずご記入ください。

被保険者記号・番号		被保険者氏名(フリガナ)		性別	生年月日			住 所			
記号	番号			男	昭 平 令	年	月	日	〒 _____		
				女	令						
個人番号		電話番号		資格取得日(入社日)			資格喪失日(退職日の翌日)		退職時の所属事業所名		資格喪失時の標準報酬月額
		自宅( ) - 携帯( ) -		昭和 平成 令和			令和 年 月 日		株式会社 コスモネット		千円
保険料支払方法(□にチェック) <input type="checkbox"/> 毎月払 <input type="checkbox"/> 半年払(4~9月分・10~翌3月分前納) <input type="checkbox"/> 口座振替は行っていません <input type="checkbox"/> 年払(4~3月分前納)								資格確認書の発行が必要な場合は <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。			<input type="checkbox"/> 発行が必要

※就職先が決まっている方、就職活動をされている方については毎月払をお勧めします。

被扶養者申請欄	(フリガナ) 扶養している家族の氏名	性別	生 年 月 日			被保険者との続柄	個人番号	同居の有・無	収入(年間)の有・無	健保記入欄 認定年月日			
			男	昭 平 令	年	月	日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 円 内容	令	年	月
		女	令							令			
		男	昭 平 令	年	月	日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 円 内容	令	年	月	日
		女	令							令			
		男	昭 平 令	年	月	日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 円 内容	令	年	月	日
		女	令							令			

➡ 申請される場合は、各種証明書類を添付してください。

令和 年 月 日 CNCグループ健康保険組合 理事長殿