

# 任意継続への加入申込みをされるみなさまへ

次の内容を確認し、確認後チェック□をお願いいたします。

※確認事項及び念書欄の□に✓チェックマークのご記入がない場合は、申請書を受領できません。

被保険者としての加入期間が、退職日まで継続して満2か月以上ある。

国民健康保険料と任意継続保険料の比較・確認を行った。

※倒産・解雇、雇い止めなどにより離職された方について、離職の翌日から翌年度末までの間、前年給与所得を30/100とみなすことによって国民健康保険料の負担軽減措置が講じられています。国民健康保険に加入した方が保険料負担が低くなる場合がありますので、よくご確認の上、ソニー任意継続へお申込みください。

退職時点でのいずれにも該当する予定はない。

●退職日の翌日から、就職が決定している(社会保険強制適用)

●退職日の翌日から、起業などで強制適用事業所となることが決定している(例:協会けんぽ加入など)

※強制適用事業所とは:「一定の業種で常時5人以上の従業員を使用している事業所」、

「法人などで常時従業員を使用している事業所」等

次のいずれかに該当している。

●在籍時に保険証または資格確認書(家族分含む)が発行されていたので、勤務していた会社の人事へ返却済みである  
※退職前に申請の場合:令和 年 月 日返却予定

●在籍時に保険証、資格確認書(家族分含む)のどちらも発行されていないため、返却はしていない

次のいずれかに該当した場合、任意継続保険に加入できないことを理解している。

●退職後20日(暦日)以内に「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書」がソニー健康保険組合(以下、ソニー健保)に到着しなかったとき

●「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書」受付後、ソニー健保から送付する「保険料納付書」を自己都合で受取りできなかったもしくは、受取らなかつたとき

●初回の保険料をソニー健保指定の納付期日以内に納付できなかつたとき  
(ソニー健保への着金日が納付期日を越えないこと)

⇒この場合、交付した資格確認書も「無効」となり、ソニー健保からの連絡後5日以内に必ず返却していただきます。  
なお、無資格にも関わらず医療機関を受診した場合、健保負担分を含め全額支払っていただくことになります。

加入後、次のいずれかに該当した場合、任意継続被保険者の資格を喪失することを理解している。

●保険料を納付期日までに納付(健保着金)しなかつたとき <保険料未納>

●就職して、健康保険、船員保険、共済組合などの被保険者資格を取得したとき

●起業などで強制適用事業所となり、健康保険の被保険者資格を取得したとき

●任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき <期間満了>

●被保険者本人が後期高齢者医療制度の被保険者となったとき

●被保険者本人が死亡したとき

●被保険者でなくなることを申し出た場合、その申出が受理された日の属する月の末日が到来したとき

⇒上記以外の理由(ソニー健保特退制度への切替や国民健康保険への切替、または被扶養者となる等)では途中脱退できません。この場合、<保険料未納>により自身で資格喪失とするか、<被保険者からの申出>の届出により資格喪失をした上で、切替を行ってください。

⇒資格喪失後、交付した資格確認書は5日以内にご返却いただきます。なお、資格喪失後に医療機関を受診した場合、健保負担分を含め全額支払っていただくことになります。

任意継続加入日と同日付で、扶養家族の異動がある場合は、以下のとおりソニー健保へ申請することを理解している。

⇒扶養家族を削除する場合…裏面「任意継続被保険者資格取得申請書」にて削除申請

※就職による削除の場合は、対象者の新しい社会保険加入日のわかる書類のコピーを添付してください。

⇒扶養家族を新規で追加する場合…別途「被扶養者届(異動届)」他、申請書類・添付書類等にて扶養申請

## 【念書】

ソニー健康保険組合 理事長 殿

任意継続の申請にあたり、上記事項を全て確認・了解した上で申請します。

令和 年 月 日

念書の内容に同意いたします。

氏名

常務理事	事務長	係	係

# 健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申請書

提出期限:退職後20日(暦日)以内健保必着 ※FAXでの提出不可

## 【注意事項】

- 資格喪失日(退職日の翌日)から20日(暦日)以内にご申請ください。20日を過ぎてからのご申請は、受理できません。
- 記入漏れの無いよう、太枠内に丁寧にご記入ください。(記入漏れがある場合、受付できない場合があります)
- 保険料は、当組合指定の口座へ振込にて納付していただきます。(下記にご記入いただく口座からの自動引落はできません)
- 任継加入日と同日で就職により扶養削除となるご家族がいる場合は、必ず対象者の社会保険加入日のわかる書類のコピーを添付してください。(削除後、国保加入予定の場合は添付不要)

申請日	令和 年 月 日	確認欄	<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が 作成した申請書である	退職日	令和 年 月 日
退職前の被保険者 記号・番号		退職時勤務していた事業所(会社)名			資格確認書の発行
記号	番号				<input type="checkbox"/> 必要
被保険者 氏名		(フリガナ)	性別	生年月日	
			男・女	昭和 平成	年 月 日
住民票住所					退職後の連絡先
〒 都道府県					電話
					メール

保険料の 納付方法	1. 月払い	2. 半期前納	3. 一年前納		
給付金等 振込先口座  いずれか1つを ご記入ください  ※当組合からの 振込時に使用	金融機関	銀行 信用金庫 労働金庫	銀行コード	本店	支店コード
	預金種目	1. 総合・普通 2. 当座	口座番号 (左詰で記入願います)	支店	出張所
	郵便局	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号(左詰で記入願います)	
		9 9 0 0	-		
口座名義が申請者氏名と同じ場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>		□	口座名義 (旧姓の場合等)	(フリガナ)	

被扶養者情報	在籍中の時と扶養家族が同じ場合は、その氏名をご記入ください。							
	氏名		生年月日		性別	続柄	職業	年間収入
	(フリガナ)		昭和 平成 令和 年 月 日		1. 男 2. 女			1. 同居 2. 別居
	(フリガナ)		昭和 平成 令和 年 月 日		1. 男 2. 女			1. 同居 2. 別居
	(フリガナ)		昭和 平成 令和 年 月 日		1. 男 2. 女			1. 同居 2. 別居
	扶養削除となる方がいる場合は、その氏名をご記入ください。							
	氏名		生年月日		性別	削除日		削除理由
(フリガナ)		昭和 平成 令和 年 月 日		1. 男 2. 女	令和 年 月 日			

提出先 : 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

※個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。

健保 使用欄	記号	450	番号	資格 取得日		令和 年 月 日	資格 喪失日	令和 年 月 日
	資格喪失時 標準報酬月額	全被保険者 平均報酬月額		千円	決定 標準報酬月額	千円	証交付	高・特・限

# 任意継続への加入申込みをされるみなさまへ

次の内容を確認し、確認後チェック□をお願いいたします。

※確認事項及び念書欄の□に✓チェックマークのご記入がない場合は、申請書を受領できません。

被保険者としての加入期間が、退職日まで継続して満2か月以

ソニー健保の加入期間のみではなく、  
健康保険の被保険者期間(協会けんぽ  
および健康保険組合に加入していた期間)が  
1日も間を空けることなく、2か月以上あれば、  
任意継続に加入することができます。  
ソニー健保のみで2か月未満の方は、前健保の  
加入期間証明をご提出ください。

国民健康保険料と任意継続保険料の比較・確認を行った。

※倒産・解雇、雇い止めなどにより離職された方について、高  
30/100とみなすことで国民健康保険料の負担軽減措置が講  
担が低くなる場合がありますので、よくご確認の上、ソニ

退職時点で次のいずれにも該当する予定はない。

● 退職日の翌日から、就職が決定している(社会保険強制適用)

● 退職日の翌日から、起業などで強制適用事業所となることが決定している(例:協会けんぽ加入など)

※強制適用事業所とは:「一定の業種で常時5人以上」

「法人などで常時従業員」

退職前に提出される場合は、✓をお入れいただき  
保険証または資格確認書の返却予定日をご記入ください。

次のいずれかに該当している。

● 在籍時に保険証または資格確認書(家族分含む)が発行されており、勤務していた会社の人事へ返却済みである  
※退職前に申請の場合:令和 6年 11月 30日返却予定

● 在籍時に保険証、資格確認書(家族分含む)のどちらも発行されていないため、返却はしていない

次のいずれかに該当した場合、任意継続保険に加入できないことを理解している。

● 退職後20日(暦日)以内に「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書」がソニー健康保険組合(以下、ソニー  
健保)に到着しなかったとき

● 「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書」受付後、ソニー健保から送付する「保険料納付書」を自己都合で  
受取りできなかったもしくは、受取らなかつたとき

● 初回の保険料をソニー健保指定の納付期日以内に納付できなかつたとき  
(ソニー健保への着金日が納付期日を越えないこと)

⇒この場合、交付した資格確認書も「無効」となり、ソニー健保からの連絡後5日以内に必ず返却していただきます。  
なお、無資格にも関わらず医療機関を受診した場合、健保負担分を含め全額支払っていただくことになります。

加入後、次のいずれかに該当した場合、任意継続被保険者の資格を喪失することを理解している。

● 保険料を納付期日までに納付(健保着金)しなかつたとき <保険料未納>

● 就職して、健康保険、船員保険、共済組合などの被保険者資格を取得したとき

● 起業などで強制適用事業所となり、健康保険の被保険者資格を取得したとき

● 任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき <期間満了>

● 被保険者本人が後期高齢者医療制度の被保険者となったとき

● 被保険者本人が死亡したとき

● 被保険者でなくなることを申し出た場合、その申出が受理された日の属する月の末日が到来したとき

⇒上記以外の理由(ソニー健保特退制度への切替や国民健康保険への切替、または被扶養者となる等)では途中脱退  
できません。この場合、<保険料未納>により自身で資格喪失とするか、<被保険者からの申出>の届出により  
資格喪失をした上で、切替を行ってください。

⇒資格喪失後、交付した資格確認書は5日以内にご返却いただきます。なお、資格喪失後に医療機関を受診した場合、  
健保負担分を含め全額支払っていただくことになります。

任意継続加入日と同日付で、扶養家族の異動がある場合は、以下のとおりソニー健保へ申請することを理解している。

⇒扶養家族を削除する場合…裏面「任意継続被保険者資格取得申請書」にて削除申請

※就職による削除の場合は、対象者の新しい社会保険加入日のわかる書類のコピーを添付してください。

⇒扶養家族を新規で追加する場合…別途「被扶養者届(異動届)」他、申請書類・添付書類等にて扶養申請

## 【念書】

ソニー健康保険組合 理事長 殿

任意継続の申請にあたり、上記事項を全て確認・了解した上で申請します。

令和 6年 11月 28日

念書の内容に同意いたします。

氏名 健保 康夫

常務理事	事務長	係	係

# 健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申請書

提出期限:退職後20日(暦日)以内健保必着 ※FAXでの提出不可

## 【注意事項】

- 資格喪失日(退職日の翌日)から20日(暦日)以内に提出する。
  - 記入漏れの無いよう、太枠内に丁寧にご記入ください。
  - 保険料は、当組合指定の口座へ振込にてお支払いください。
  - 任意加入日と同日で就職により扶養削除添付してください。(削除後、国保加入予定)
- 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「必要」の□に✓を付けてください。  
※以下に該当する場合に限ります。
- ・マイナンバーカードをお持ちでない方、マイナンバーカードを返納した方
  - ・マイナンバーカードをお持ちだが健康保険証利用登録を行っていない方、利用登録解除を申請した方、利用登録を解除した方
  - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方

申請日	令和 6 年 11 月 28 日	確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した申請書である	退職日	令和 6 年 11 月 30 日
退職前の被保険者 記号・番号		退職時勤務していた事業所(会社)名			資格確認書の発行
記号	999	番号	999999	○○株	<input type="checkbox"/> 必要
被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ ヤスオ 健保 康夫			性別 <input checked="" type="radio"/> 男 · 女	生年月日 昭和 39 年 11 月 21 日 平成 年 月 日
住民票住所	〒 999 - 9999 ○○市○区9丁目9番地9号			退職後の連絡先	
電話	999-9999-9999			メール	Yasuo_kenpo@○○.ne.jp

保険料の納付方法	1. 月払い	2. 半期前納	3. 一年前納
ご希望の納付方法を選択し、○を付けてください。			
給付金等振込先口座	金融機関 ○○○	銀行 ○○○	銀行コード 9 9 9 9
いずれか1つを ご記入ください	預金種目 1. 総合・普通 2. 当座	口座番号 (左詰で記入願います)	本店 支店 9 9 9 9 9 9
※当組合からの 振込時に使用	郵便局 ゆうちょ銀行 9 9 0 0	通帳記号	支店コード 出張所 9 9 9 9 9 9
口座名義が申請者氏名と同じ場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>		口座名義 (旧姓の場合等)	(フリガナ) 申請書氏名と異なる場合は、ご記入ください。

被扶養者情報	在籍中の時と扶養家族が同じ場合は、その氏名をご記入ください。							
	氏名 (フリガナ) ケンポ モトコ 健保 元子	生年月日 昭和 38 年 3 月 3 日 平成 令和 年 月 日	性別 1. 男 2. 女	続柄 妻	職業 主婦	年間収入 0 万円	居住状況 1. 同居 2. 別居	資格確認書の発行 <input type="checkbox"/> 必要
扶養削除となる方がいる場合は、その氏名をご記入ください。								
	氏名 (フリガナ) ケンポ ゲンキ 健保 元気	生年月日 昭和 12 年 4 月 4 日 平成 令和 年 月 日	性別 1. 男 2. 女	削除日 令和 6 年 12 月 1 日	削除理由 就職			

## 【ソニー健保加入者専用マイページ:プロフィール情報の登録メールアドレスについて】

- ・『メールアドレス1』に会社のメールアドレスが登録されている方は、退職前にプライベートのメールアドレスへ変更をお願いいたします。
- 任意継続加入時に『メールアドレス1』が会社のメールアドレスのままの方については、マイページに登録されているプロフィール情報を全てリセットさせていただきます。
- ・『メールアドレス2』または『メールアドレス3』に会社のメールアドレスが登録されている方は、ご退職前に会社のメールアドレスの削除をお願いいたします。