

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、念書欄へ署名・捺印していただいた上で、お申込みください。

※ にチェックマークが入っていない場合や、念書欄への署名・捺印が無い場合は申請書を受領できません。

- ソニー健康保険組合（以下、ソニー健保）での被保険者としての加入期間が、退職日まで継続して満2ヶ月以上ある。
- 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とみなすことで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人以上の従業員を使用している事業所」や、「法人などで常時従業員を使用している事業所」
- 在籍時の保険証（家族分含む）は、勤務していた会社の人事へ返却済みである。
- 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、受取らなかったとき
● 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ったとき
（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、交付した保険証も「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、資格が無いにも関わらず保険証を使用した場合、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）しなかったとき <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
⇒ 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>により自身で資格を喪失した上で、切替を行ってください。
⇒ 資格喪失後、保険証は5日以内にご返却いただきます。なお、資格喪失後にソニー健保の保険証を使用した場合、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、対象者の新しい保険証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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名 _____

⑨ _____

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・メール添付提出不可

【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)
- 退職前の保険証が未返却の場合、受付できない場合があります。(勤務していた会社人事へ返却してください)
- 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、必ず対象者の新しい保険証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	平成	年	月	日	
退職前の被保険者証 記号・番号				性別	(フリガナ)
記号		番号		男・女	氏名
生年月日			退職日付		退職時勤務していた事業所(会社)名
昭和			平成		
平成	年	月	日	年	月
住所				電話番号	
〒				自宅	()
都道				携帯	()
府県					

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 どちらか一方にご記入ください ※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 出張所	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)		
	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"/>		<input type="checkbox"/>	口座名義(旧姓の場合等) (フリガナ)		

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。							
被扶養者情報	氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	居住状況
	(フリガナ)						
	(氏)	(名)	昭和	1. 男			1. 同居
			平成	2. 女		万円	2. 別居
			年				
			月				
		日					
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)							
(氏)	(名)	昭和	1. 男				
		平成	2. 女	平成	年	月	日
		年					
		月					
		日					

提出先：〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル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致しません。

健保 使用欄	記号	450	番号		資格 取得日	平成	年	月	日	資格 喪失日	平成	年	月	日
	資格喪失時 標準報酬月額		千円		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	