

常務理事	事務長	課長	係長	係	調定	補助簿

健康保険任意継続被保険者保険料前納申出書

◎太枠内をご記入ください。ご記入前に必ず注意事項をご覧ください。

健康保険 被保険者証の	記号	9	氏名					
	番号		生年月日	昭平	年	月	日	性別
住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 - TEL :							
前納 申出期間	ご希望の期間をご選択ください。							
	<input type="checkbox"/> 6ヵ月前納				<input type="checkbox"/> 12ヵ月前納			

■ 注意事項

※必ずお読みください。

提出日 年 月 日

■ 前納できる期間は以下のとおりです。

① 6ヵ月分	4月(又は任意継続取得月の翌月)から9月まで	年2回払い
	10月(又は任意継続取得月の翌月)から翌年3月まで	
② 12ヵ月分	4月(又は任意継続取得月の翌月)から翌年3月まで	年1回払い

※ 上記の期間中に2年経過・後期高齢者医療制度に加入などにより資格喪失することが明らかであるときは、喪失日が属する月の前月までとなります。

- 任意継続取得時の前納は、取得日の属する月の翌月分からでき、納付期限は取得月の末日(末日が土日祝の場合は翌営業日)です。
- 保険料前納の申請をしていただいた方へ、毎年3月、9月に納付書をご自宅へ送付します。銀行窓口にて納期日までに納入してください。(振込手数料はお振込人払い)
- 国民健康保険への切り替えなどで脱退のご予定がある方は各月納付をお願いしております。
- 40歳以上65歳未満の方(介護保険第2号被保険者)は、介護保険料が加算されます。
- 介護保険第2号被保険者の資格取得日は40歳の誕生日の前日となり、資格喪失日は65歳の誕生日の前日となります。

以下組合記入欄

健康保険料	年	月	～	年	月
介護保険料	年	月	～	年	月

／受付日付印＼

提出・お問合せ先

〒460-0002
名古屋市中区丸の内3-1-35
名古屋薬業健康保険組合
業務課(052)211-2439