

留 意 事 項

1. 退職後、**20日以内**にこの申請書を提出されない場合は、受理しません。
2. 保険料は**全額自己負担**となります。(在職中は、事業主が半額負担していました。)
3. 保険料納付は、**納入告知書にて振込み**となります。(銀行口座からの自動引き落としはできません)
4. 任意継続被保険者の加入期間は**2年間**ですが、次のいずれかに該当した場合は、**資格を喪失**します。

《満了》 被保険者となってから2年経過したときは、その翌日。

《死亡》 被保険者が死亡したときは、その翌日。

《未納》 保険料納付期日(毎月10日)までに納付しなかったときは、その翌日。

《就職》 就職により、健康保険または船員保険の被保険者になったときは、その日。

《後期》 後期高齢者医療制度の被保険者になったときは、その日。

《申出》 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を申し出たときは、その申出が受理された日の属する月の翌月1日。

誓 約 書

私は、任意継続被保険者資格取得申請にあたり、上記留意事項を承知の上、次の事項を厳守することを誓約します。

- 1) 納付期日までに納付されなかった場合、資格喪失を通告されても異議を申しません。
- 2) 資格確認書等の交付を受けている場合は、資格喪失時に速やかに返納します。
- 3) 資格喪失日以降に受診した医療費を静岡県トラック運送健康保険組合から請求された場合は、責任をもって支払います。

静岡県トラック運送健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

氏名

Ⓜ