

ノバルティス健康保険組合
理 事 長 殿

平成 年 月 日

被保険者氏名 印

確 認 書

私儀、この度任意継続被保険者になるに当たり、下記の条件を守ることを確認の上「健康保険任意継続被保険者資格取得申出書」にて申請提出致します。

また、下記 2-1 以外の理由で資格を喪失する場合には遅滞なく連絡いたします。

条 件

1.任意継続の期間 2年

2.任意継続を喪失する場合の条件

2-1. 2年間の期間満了となった場合。

2-2. 再就職し他の健保の被保険者になった場合。
(任意継続被保険者資格喪失申出書提出)

2-3. 被保険者が死亡した場合。

2-4. 保険料を毎月 10 日までに納付しなかった場合。

*** 上記以外の理由では任意継続保険を喪失する事は出来ません。
(健康保険法 第 38 条より)**