

健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	課長	係

- 【必要な添付書類】 ・住民票（被保険者のみ）
・1ヵ月分の保険料（現金）

勤務していた時に使用していた被保険者証の記号	0 0 0	番号	0 0 0 0	生年月日	昭和 平成	年	0 0	月	0 0	日	0 0
氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	印	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女					
住所	(〒 000 - 0000) 東京都〇〇市〇〇1-1-1										
電話番号 (日中の連絡先)	Tel 00 (0000) 0000										
勤務していた事業所の名称	株式会社 △△△△										
勤務していた事業所の所在地	東京都〇〇区〇〇1-1-1										
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 00 年 00 月 00 日										
保険料の納付方法	保険料の納付方法について、希望する番号をご記入ください。 1. 毎月納付 2. 半期払い 3. 1年払い (当年度9月分まで) (当年度3月分まで)										

◎被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。
◎ご記入の前に必ず別紙をご覧ください。

念書 任意継続被保険者の保険料については、毎月10日までに納入することが定められており、期日までに納入しなかった場合は、健康保険法第38条によりその翌日をもって資格喪失となっても異議ありません。
また、資格喪失後の受診に係わる医療費等については、一切貴組合にはご迷惑をおかけしないことを約束し、上記のとおり申請します。

平成00年00月00日 被保険者氏名 健保 太郎 印

健康保険被扶養者届【資格取得時】

氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
(フリガナ) ケンポ ハナコ (氏) 健保 (名) 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 00 年 00 月 00 日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	パート	00 万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) ケンポ イチロウ (氏) 健保 (名) 一郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 00 年 00 月 00 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	長男	大学 〇年生	00 万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) ケンポ アイコ (氏) 健保 (名) 愛子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 00 年 00 月 00 日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	長女	高校 〇年生	00 万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

組合記入欄	
記号番号	2000 -
資格取得年月日	平成 年 月 日
報酬月額	千円

受
付

別紙

申請書記入前に必ずご確認ください。

- 任意継続制度に加入するための要件
 - ①資格喪失日（退職日の翌日）の前日まで継続して2ヶ月以上の被保険者期間があること。
 - ②資格喪失日から20日以内に手続きをすること。
 - ③75歳未満の方。*75歳以上の方は後期高齢者医療制度の被保険者となるため、任意継続被保険者となることはできません。
- 資格喪失の際に被扶養者であった方を引き続き被扶養者とする場合は、申請書下段の健康保険被扶養者届欄に記入してください。新たに被扶養者を追加する場合は、この申請書とは別に被扶養者（異動）届に必要な書類を添えて提出してください。
- 任意継続被保険者の資格取得手続きは事業主から提出される資格喪失届手続き完了後となります。

◎留意事項

- 任意継続被保険者として加入できる期間は2年間です。
- この申請書が提出期限（資格喪失日から20日以内）を経過して提出されたときは、保険者が「正当な理由」（天災地変等により法定期間内に届出ができなかったとき）があると認めた場合以外は受理されません。
- 任意継続被保険者は次の場合において、それぞれ揚げる日により資格喪失します。
 - (イ) 被保険者となってから2年を経過したときは、その日の翌日
 - (ロ) 被保険者が死亡したときは、その日の翌日
 - (ハ) 保険料を納付期限までに納付しないときは、その日の翌日
 - (ニ) 被用者保険（健康保険・船員保険・共済組合）の被保険者となったときはその日
 - (ホ) 被保険者が75歳になったときはその日※「国民健康保険に加入する」や「ご家族の健康保険の扶養に入る」などの理由で資格を喪失することはできません。
- 保険料は全額自己負担することになります（40歳～64歳の方は介護保険料含む）。保険料額は、収入による見直しはありません。ただし、介護保険該当（40歳到達）・不該当（65歳到達）、毎年度見直す保険料率・標準報酬月額の上限改定により変更になる場合があります。
- 任意継続被保険者の標準報酬月額は、「被保険者資格を喪失したとき（退職時）の標準報酬月額」か「前年（1月から3月までの標準報酬月額については、前々年）9月30日時点の当組合全被保険者の平均標準報酬月額」のどちらか少ない額で決定すると定められており（健康保険法第47条）、後者の平均標準報酬月額は毎年見直しをしています。
- 資格喪失の際に被扶養者であった方を引き続き被扶養者とする場合は、被扶養者の年収が130万円（60歳以上の人又は障害者は180万円）未満で、主として被保険者によって生計を維持されていることが必要となります。

国民健康保険について

健康保険任意継続制度以外に、住所地の市区町村役場が行っている健康保険制度として国民健康保険制度があります。健康保険任意継続制度と国民健康保険制度の双方の保険料等を比較しどちらに加入するかご検討ください。なお、倒産・解雇などにより離職した方（雇用保険の特定受給資格者）および雇止めなどにより離職された方（雇用保険の特定理由離職者）の国民健康保険料（税）を軽減する制度があります。

国民健康保険のお問い合わせ先 住所地の市区町村役場 国民健康保険担当窓口