

※太枠内は記入しないでください。

2023.4改訂

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 | 担当者 | 担当者 |
| | | | |

私は別紙健康保険任意継続被保険者制度のご案内を確認のうえ、下記の通り申請します。

この申請書類は資格喪失日(退職した翌日)から起算して、20日以内に当健康保険組合必着のこと。(厳守)

| | | | | |
|------------------|------------|-------|----------|-------|
| 任意継続資格取得 決定事項 | 資格取得日 | 年 月 日 | 健康保険証発行日 | 年 月 日 |
| | 資格喪失予定日 | 年 月 日 | 資格喪失日 | 年 月 日 |
| | 退職時標準報酬月額 | 千円 | 標準報酬月額 | 千円 |
| | 任意継続 記号・番号 | 1000- | 備考 | |

| | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|-----------------|----|-------|----------------------|-------------------|
| 在職時に使用していた 被保険者証の記号・番号 | 記号 | 1 | 番号 | 99999 | 資格喪失年月日 (※退職日の翌日) | 令和 5年4月1日 |
| 氏名 | フリガナ | サカタ タロウ | | | 生年月日 | 昭和・平成 45年5月15日 |
| | | 阪田 太郎 | | | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 | 550-0002 | | | ※マンション名もご記入願います。 | |
| | | 大阪市西区江戸堀1-23-37 | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | (06) 6447-5878 | | FAX | 有・無 | 携帯電話 |
| | | | | () - | | (090) 9999-9999 |
| メールアドレス | sakata123@abc.co.jp | | | | | |

銀行口座(被保険者本人が名義人であるもの) 注)健保組合から給付金等の振込が発生した場合は使います。 ※保険料の「自動引落」は出来ません

| | | | | | | |
|------|---|-----------|------------------|---|---------|--|
| 銀行名 | フリガナ | サカタ | 本支店名 | フリガナ | エドボリ | |
| | | 阪田銀行 | | | 江戸堀 | |
| 口座番号 | 当座 | 普通・その他() | 口座名義 (被保険者名義) | フリガナ | サカタ タロウ | |
| | | 9999999 | | | 阪田 太郎 | |
| 備考 | <input checked="" type="radio"/> 上記口座で受取る(優先) <input type="radio"/> 公金口座で受け取る | | | *公金口座の選択は、マイポータル等で口座登録済の方のみ選択でき、健保に個人情報(公金口座情報)の取得を許可したことになります。 | | |

健康保険被扶養者届(退職時に認定を受けていた被扶養者で、任意継続資格取得後も引き続き被保険者に扶養されている方)

被扶養者認定時に必要な書類を添付してください。 ※別紙 健康保険任意継続被保険者制度のご案内参照

任意継続の資格取得日以降、被扶養者に増減が発生する場合は、別途「健康保険被扶養者異動届(認定)(削除)」を提出して下さい。 健保HP参照

※収入がない(¥0)場合でも、職業欄・年間収入欄は記入してください。【職業(例):「専業主婦(夫)」、「パート勤務」、「年金受給」、「高校1年生」等】

| 被扶養者氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 同居・別居の別 | 職業 | 年間収入 | 認定可否 |
|---------|----------|-------|----|---------|-------|------|------|
| フリガナ | 昭和 | 平成・令和 | | | | | |
| サカタ ハナコ | 46年8月7日 | 男・女 | 妻 | 同居・別居 | パート勤務 | 80万円 | 可・否 |
| 阪田 花子 | | | | | | | |
| フリガナ | 昭和 | 平成 | 令和 | | | | |
| サカタ ジロウ | 17年9月25日 | 男・女 | 長男 | 同居・別居 | 高校3年生 | 0万円 | 可・否 |
| 阪田 次郎 | | | | | | | |
| フリガナ | 昭和・平成・令和 | 男・女 | | 同居・別居 | | 万円 | 可・否 |

念 書

私は、この度 任意継続被保険者資格を取得するにあたり、その制度の目的をよく理解したうえで、いかなる理由においても納付期限日までに保険料の納付がない場合は、健康保険法第38条の3の規定により加入意志がないものと貴組合が判断し、納入期日の翌日をもって資格喪失手続きを取られることに異存ありません。

令和 5年 3月 30日

サカタインクス健康保険組合理事長 殿

申請者氏名

阪田 太郎

阪田

受付印

健康保険任意継続被保険者制度のご案内

～下記任意継続被保険者制度の条件及び内容をよく理解した上で申請ください～

1.任意継続被保険者となれる人

次のすべての要件を満たしていることが必要です。

- ◆ 退職などにより健康保険の被保険者資格(以下、資格)を失った方
- ◆ 資格を失った日まで継続して2ヶ月以上被保険者であった方
- ◆ 資格を失った日より20日以内に任意継続被保険者となることの申出をした方
- ◆ 75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。

2.任意継続被保険者加入期間

2年間 ※保険料を滞りなく納付いただいた場合の最大加入期間

3.任意継続被保険者の喪失(脱退)

任意継続保険とは、退職者が次に就職をしてそこでの被保険者となるまでの暫定的な処置として設けられている任意の保険制度です。

任意継続被保険者の資格喪失は健康保険法によって以下の通り決められています。(健康保険法第38条)
(カッコ内は当健康保険組合の資格を喪失する日です)

- ① 任意継続被保険者となった日から2年が経過したとき(任意継続保険証に表示されている資格喪失予定年月日)
- ② 被保険者が死亡したとき(死亡した日の翌日)
- ③ 保険料を納付期限までに納付しなかったとき(納付期日10日の翌日)※10日が銀行休業日の場合は翌営業日
- ④ 再就職により他の健康保険に加入したとき(就職先の保健証の取得年月日)
- ⑤ 当健保とは別の保険者に加入したいとき(「任意継続被保険者資格喪失申出書」提出の翌月1日)
- ⑥ 75歳に達したとき(誕生日)

4.任意継続被保険者の保険料

全額自己負担(在職中は保険料の約半分を事業主が負担)※40歳以上65歳未満の方は介護保険料含む

・保険料額は、退職後の収入額による見直しはありません。退職時の標準報酬月額(給与)を基準とします。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います。(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。

※国民健康保険は前年度の収入に基づいて算出されます。
国民健康保険料額については、居住地の市区町村役場へお問合せ下さい。

5.被扶養者認定

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・障害年金受給者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。

- ※ ・上記基準金額に関わらず、認定希望の被扶養者に収入がある場合
例)被保険者が年金支給等がなく収入¥0の状態、被扶養者にパート・年金受給等収入がある場合
- ・認定希望者が子の場合、任意継続被保険者(旧社員)と配偶者(子の父又は母)の収入を比較した時、配偶者の方が収入が多い場合

上記等の理由により、任意継続資格取得後、引き続き被扶養者として扶養認定できない場合があります。

●被扶養者認定時に必要な書類(全員) (写)と記載のないものは原本を提出

- ① 直近の収入内容証明書((非)課税証明書)等市区町村が発行する所得証明書(写)可 ※高校生以上

●認定希望被扶養者に**収入がある**場合 上記①+②～④(該当する場合は提出)

- ② 給与支払証明書
- ③ 勤務内容証明書 ※健保ホームページより印刷
- ④ 年金改定(振込)通知書(写)

●認定希望被扶養者が**子**の場合 上記①+③～⑦(該当する場合は提出)

- ② 在学証明書 ※高校生以上
- ③ 給与支払証明書
- ④ 勤務内容証明書
- 配偶者が当健保に被扶養者として加入していない場合
- ⑤ 配偶者の①直近の収入内容証明書
- ⑥ 配偶者の③給与支払証明書

給与支払証明書・勤務内容証明書が必要な方は健保までメールでご連絡下さい。kp-nk@inx.co.jp
ご指定のメールアドレスに様式をお送りします。