

【 任意継続被保険者となる皆様へ 】

任意継続被保険者資格取得申請は、下記の要領でお手続き願います。

- 【資格】 被保険者期間が退職日以前に継続して2ヵ月以上あること
- 【申請方法】 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書を健康保険組合に提出
引き続き扶養するご家族がいる場合には、健康保険被扶養者(異動)届を添えて。
- 【申請時期と期限】 退職日の翌日から20日以内 **(注意) 退職前に申請書を投函しないでください。**
- 【資格期間】 最長で2年間
- 【保険証の発送】 事業主から提出される資格喪失届(保険証添付必須)を確認し、保険証を発行いたします。
(注意) 在職中の保険証は、退職後勤務先にご返却ください。
- 【保険料】 任意継続被保険者は個人で加入する健康保険であるため、保険料の会社負担分が無くなり、保険料は全額自己負担となります。保険料は、資格喪失時の標準報酬月額または前年9月末における当組合の平均標準報酬月額のいずれか低い方により決定されます。
※1 退職後のご自身の収入による変動はありません。
※2 国民健康保険と保険料を比較していただいたうえで、加入先をご検討ください。なお、国民健康保険料は、当組合では把握しておりませんので、お住いの役所にお問い合わせください。

- 【保険料の納付方法】 納付書による振込
(注意) ATM、インターネットバンキングからの振込の場合、依頼人名の最初に納付書の納付番号(保険証の番号997-〇〇〇〇)を入力してください。なお、納付書を使用されない場合、領収書の発行はできません。

- 納付書は、当該年度分をまとめて加入後に健康保険証と併せて発送いたします。
* 振込手数料はご本人負担
* 資格喪失日や手続きのタイミングにより喪失日の属する月分と翌月分を含む2ヵ月分を同時に納付していただく場合があります。
(注意) 納付期限までに納付されない場合、資格取り消しとなります。

- 2回目以降の納付書は、ご希望の納付単位により発行いたします。

納付単位 : 単月払い ・ 半期前納 ・ 通年度前納
前納は喪失月の月末(土日祝日の場合は、翌営業日)までに完納が条件のため、ご希望に添えないこともあります。その際は、可否についてご連絡いたします。 ・ 前納は、前払いをすることで割引があります。

- 単月の保険料の納付は、その月の1日から納付書に記載の納付期限(原則:毎月10日)までにお振込みください。*自動引き落としは行っておりません。

- 【資格喪失の要件】 次のア～カの要件に該当した場合は、要件に該当した翌日に資格がなくなりますので健康保険証は、すみやかに返納してください。

- ア. 被保険者となった日より起算して2年を経過したとき。
イ. 被保険者が死亡したとき。
ウ. 保険料を納付期限までに納められなかったとき。
エ. 就職して他の健康保険の被保険者、あるいは船員保険の被保険者になったとき。
*資格喪失届をご提出ください。新しい健康保険証のコピーと任意継続被保険者証を添付
オ. 後期高齢者医療制度の被保険者になったとき。
カ. 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を、保険者に申し出たとき。(この場合のみ、申出が受理された日の属する月の翌月1日に資格喪失となります。)

【保険料を納付期限[原則:毎月10日]までに納められなかったとき】
任意継続被保険者資格は、あくまでも自由意志によるものです。上記『ウ』に該当した時は、資格を続ける意志がないものとして納付期限の翌日に資格を喪失します。
なお、『カ』の場合も、申し出た月の保険料が未納の場合は、納付期限の翌日に資格喪失となります。

『うっかりしていて、保険料を納付期限までに納められなかったのだが、すぐ納めるのでこのまま資格を継続させて欲しい』といった申し出がよくありますが、資格の継続は認められませんので、十分にご注意ください。

任意継続被保険者制度についてご不明な点などがございましたら「業務課」へお問い合わせください。

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

受付日付印

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

勤務時の被保険者証の 記号番号		勤務していた事業所	資格喪失日 (退職日の翌日)			
記号	番号		令和	年	月	日
.....	

申請者情報	氏名		生年月日				性別	被扶養者の有無
	フリガナ		昭和	年	月	日	男女	有無
			平成		
	住所	郵便番号					
電話番号			携帯番号 (必須)			

任意継続保険料の納付単位 ※ご希望を○で囲んでください。

単月払い 半期前納 通年度前納

注) 前納については、ご希望に添えないこともあります。その際は、可否についてご連絡いたします。

◆ 念書 ◆

初回保険料は、納付期限までに納付し、納付できなかった場合は、資格取り消しとなることを了承し、保険証はただちに返却いたします。なお、保険証を使用した場合には、その医療費を全額返還いたします。

また、今後、保険料納付について、指定された納付期限までに納付しなかった場合は、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はありません。なお、資格喪失後に保険証を使用した場合の医療費についても、全額返還いたします。

上記念書および別紙、『任意継続被保険者となる皆様へ』の内容を確認し、申請いたします。

令和 年 月 日 提出

*退職日以降に申請手続きを行ってください。

申請者

《署名》

【任意継続被保険者情報】 *組合記入欄

記号・番号	997	取得年月日	令和	年	月	日
標準報酬	千円	喪失予定年月日	令和	年	月	日

〒170-0004 東京都豊島区北大塚2-34-22 東京都洋菓子健康保険組合 TEL 03(3949)3001

保険料の自己負担額は退職時の2倍になります。(上限あり)
国民健康保険との保険料を必ず比較してください。

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

受付日付印

任意継続申請時添付専用

健康保険 被扶養者(異動)届

- * この届出用紙は、任意継続被保険者申請時のみ使用できます。
- * 退職時に被扶養者であり、引き続き被保険者に扶養されている方のみご記入の上、ご提出ください。
- * 被扶養者の追加の際は、健康保険組合にご連絡ください。

◆ 念書 ◆ *該当を○で囲んでください。

被保険者である私は、退職後の収入(予定)として【退職金、年金、失業給付、その他()】があり、下記の認定対象者は、認定条件である「主として被保険者の収入により生計を維持されている事」に該当します。また、この届出に際し、収入関係書類の提出を求められた場合には、ただちに提出します。

《署名》 令和 年 月 日 被保険者

*被保険者記入欄

被 保 険 者 情 報	氏名		生年月日			性別		
	フリガナ		昭和 平成	年	月	日	男 女	
被扶養者の氏名		生年月日			性別	続柄	世帯	職 業
		個人番号 (12桁)						年間収入
(フリガナ)		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	同居 別居	円
(フリガナ)		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	同居 別居	円
(フリガナ)		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	同居 別居	円
(フリガナ)		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	同居 別居	円
別居の場合の 住所	郵便番号	-						

*組合記入欄

記号・番号	任継取得年月日	標準報酬
997	令和 年 月 日	千円