

※申請書は資格喪失日（退職日の翌日）から 20 日以内に提出してください。

## 健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

私は別紙留意事項を確認のうえ、下記の通り申請します。

|   |                      |                                |                               |                   |
|---|----------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| 勤務していた会社                                    | 記号                   | 番号                             | 資格喪失年月日<br>(退職日の翌日)           | 令和<br>年 月 日       |
| 氏名<br>(フリガナ)                                | 性別                   | 男・女                            | 生年月日                          | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 住民票住所 〒                                     | 居 所 〒                |                                |                               |                   |
| 連絡先 TEL ( ) -                               | ←日中連絡の取れる番号をご記入願います。 |                                |                               |                   |
| 本人名義<br>口座                                  | 銀行・信金・( ) 支店 (普通)    |                                |                               |                   |
| ↑高額療養費等の自動支給時に使用します。変更の場合は、毎月10日までにご連絡願います。 | 資格確認書<br>発行要否        | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | → 発行が必要な場合は、別紙※2の理由番号をご記入下さい→ | ( )               |

「健康保険被扶養届」

| 氏名      | 生年月日              | 性別  | 続柄 | 居住状況  | 職業 | 年間収入 | 資格確認書発行要否   |
|---------|-------------------|-----|----|-------|----|------|---|
| (フリガナ)  | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 男・女 |    | 同居・別居 |    | 万円   | <input type="checkbox"/> 発行が必要<br>別紙※2より<br>理由番号( ) |
| 住民票住所 〒 |                   |     |    | 居 所 〒 |    |      |   |

| 氏名      | 生年月日              | 性別  | 続柄 | 居住状況  | 職業 | 年間収入 | 資格確認書発行要否   |
|---------|-------------------|-----|----|-------|----|------|---|
| (フリガナ)  | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 男・女 |    | 同居・別居 |    | 万円   | <input type="checkbox"/> 発行が必要<br>別紙※2より<br>理由番号( ) |
| 住民票住所 〒 |                   |     |    | 居 所 〒 |    |      |   |

※納付期限までに初回保険料が納付されなかった場合、任意継続の資格は取得できません。ご注意ください

(注意)

◎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。

◎ご記入前に必ず別紙をご覧ください。

### 【提出先及び問合せ先】

〒482-0015 愛知県岩倉市川井町 1880 番地  
石塚硝子健康保険組合  
TEL:0587-37-2410

受付日付印

===== 健保使用欄 =====

|    |    |    |              |    |               |    |
|----|----|----|--------------|----|---------------|----|
| 記号 | 10 | 番号 | (任継)<br>標準報酬 | 千円 | (在給時)<br>標準報酬 | 千円 |
|----|----|----|--------------|----|---------------|----|

|      |     |    |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|      |     |    |

## 申請書記入前に必ずご確認ください

任意継続被保険者となる要件はつぎのとおりです。

- 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(退職日の翌日)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。

※1 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「健康保険被扶養届」欄に入してください。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。(※)「留意事項⑧」の内容を確認してください。

※2 **資格確認書発行要否**：発行が必要な場合は、「発行が必要」にチェックを入れてください。次に該当する場合に限る。  
 <発行理由> 発行が必要にを入れた場合は、該当番号もご記入下さい。

- (1)マイナンバーカードを紛失した (2)マイナンバーカードの更新手続き中 (3)マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた
- (4)マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていない (5)マイナンバーカードを作っていない
- (6)マイナンバーカードを返納した (7)マイ保険証による受診には第三者(介助者などの)サポートが必要 (8)資格確認書を滅失・き損した…「資格確認書」の再発行。

## ◎留意事項

- ① 任意継続被保険者として加入できる期間は2年間です。  
ただし、④の理由に該当したときは、2年を経過する前であっても任意継続被保険者の資格を喪失します。
- ② この申請書が提出期間(資格喪失日から20日以内)を経過して提出されたときは、保者險が「正当な理由」(例えば天災地変、交通、通信関係のストライキ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。
- ③ 初回保険料納付額と納付期限は「任意継続保険料他のご案内」に記載されています。初回保険料が期限までに納付されなかったときは任意継続被保険者資格取得日に遡り資格取り消しとなり、保険証は使用できません。
- ④ 任意継続被保険者は次のような場合において、それぞれに掲げる日より資格喪失します。
  - (イ)被保険者となつてから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)の被保険者となつたときはその日
  - (ホ)被保険者が75歳になったときはその日
  - (ヘ)被保険者が“脱退希望”の申出書を提出したとき、健康保険組合の受理日の属する月の翌月1日

※令和6年12月1日までの任意継続加入申請者が任意継続被保険者資格を喪失したときは、5日以内に被保険者証を当組合に返納してください。

- ⑤ 2回目以降の保険料納付期限は、「各月の納付」(毎月10日まで)が基本となりますが、一定期間をまとめて納付する「前納制度」もあります。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、収入額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。
- ⑥ 任意継続被保険者標準報酬月額は、「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おりますので、当組合にご確認ください。
- ⑦ 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。  
年間収入が基準を超えている場合は当組合で被扶養者として認定することができません。
- ⑧ 資格喪失された場合は、別途「任意継続被保険者資格喪失申出書」の提出が必要です。
- ⑨ 期間満了以外で資格を喪失される場合で、「資格喪失証明書」が必要な場合はお申し出ください。
- ⑩ 保険料は、社会保険料控除できます。確定申告用に領収書等は大切に保管して下さい。
- ⑪ 翌年度の保険料額の案内は、3月上旬にご自宅へ郵送します。通期支払いの納付書も同封いたしますので、前納を希望される場合はご使用下さい。

### 【お問合せ先】

〒482-0015 愛知県岩倉市川井町1880番地  
石塚硝子健康保険組合  
TEL:0587-37-2410

<石塚硝子健康保険組合 任意継続保険料振込口座>

三菱UFJ銀行 名古屋営業部 普通650479