

届書コード			
2	3	1	0

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

1	勤務していた時に使用していた被保険者証の発行都道府県支部名称	支部										
2	勤務していた時に使用していた被保険者証の記号及び番号	左づめ					-	右づめ				
3	申出者の生年月日	昭和・平成		年		月		日				
4	申出者の氏名	(フリガナ) (氏)					(名)					印
5	性別	男・女										
6	申出者の住所	郵便番号					-					
		(フリガナ) 都道府県										
7	電話番号	()										
8	被扶養者の有無	有・無 「有」を「○」で囲んだ場合は、下記の「健康保険 被扶養者届【資格取得時】」を記入してください。										
9	勤務していた事業所名称等	事業所名称										
10		事業所所在地										
11		資格喪失年月日(退職日の翌日)	平成		年		月		日			
12	保険料の納付方法	保険料の納付方法について、次のいずれか一つに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 口座振替 (毎月納付のみ) <input type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 6ヵ月前納 <input type="checkbox"/> 12ヵ月前納 <small>※1 「口座振替」を希望される方は、別途「口座振替依頼書」の提出が必要になります。 ※2 「6ヵ月前納」および「12ヵ月前納」を希望された場合、資格取得年月日(上記11欄の日)の属する月の月末までに前納保険料を納付していただく必要があります。</small>										

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

- ・任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方について記入してください。
- ・資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」を提出してください。

	13	被扶養者の氏名	14	被扶養者の生年月日	15	性別	16	続柄	17	職業	18	年間収入	19	同居別居の別
被扶養者欄	(フリガナ)		昭和・平成	年 月 日	男・女						万円		同居・別居	
	(フリガナ)		昭和・平成	年 月 日	男・女						万円		同居・別居	
	(フリガナ)		昭和・平成	年 月 日	男・女						万円		同居・別居	
	(フリガナ)		昭和・平成	年 月 日	男・女						万円		同居・別居	

20	扶養に関する申立欄	※ 添付書類が提出できない事情にある場合、その理由を記入してください。 上記の事実と相違ありません。 資格取得申出者氏名 印									
----	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

21	配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入を記入してください。	万円							
----	---	----	--	--	--	--	--	--	--

~~~~~ 受付日付印 ~~~~~

|    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|----|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 22 | 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 印 |

※協会使用欄

|               |  |    |    |  |  |  |  |
|---------------|--|----|----|--|--|--|--|
| 決裁            |  | 登録 | 審査 |  |  |  |  |
| 記号番号 500000 - |  |    |    |  |  |  |  |

「健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書」を提出される皆様へ <大切なお知らせ>

【被扶養者になる場合の範囲、収入要件、および被扶養者を届出する際の添付書類】

|                 | 被扶養者の範囲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                      |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■配偶者（内縁関係を含む）</li> <li>■被保険者の父母、祖父母などの直系尊属</li> <li>■子、孫および被保険者の弟妹</li> </ul> |
| 同居要件            | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | あり                                                                                                                   |
| 収入要件            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■60歳未満の方                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・年収が130万円未満、かつ、被保険者の年収の1/2未満</li> <li>・別居の場合は、年収が130万円未満、かつ、被保険者からの仕送り額より少ない。</li> </ul> </li> <li>■60歳以上または、障害者の方                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・年収が180万円未満、かつ、被保険者の年収の1/2未満</li> <li>・別居の場合は、年収が180万円未満、かつ、被保険者からの仕送り額より少ない。</li> </ul> </li> </ul> ※年収は、過去における収入のことではなく、扶養の事実が発生した日以降の年間の見込み収入額のことをいいます。<br>※収入には、雇用保険や年金、傷病手当金、出産手当金等についても含まれます。 |                                                                                                                      |
| 被扶養者を届出する際の添付書類 | <p>&lt;収入確認のための書類&gt;</p> <p>学生および未就学児を除き、被扶養者の収入の有無にかかわらず、収入要件を満たすことを確認できる書類が必要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・所得証明書、非課税証明書</li> <li>・給与証明、源泉徴収票、直近の確定申告の写し</li> <li>・退職証明書、離職票の写しまたは雇用保険受給資格者証の写し</li> <li>・年金の振込通知書、改定通知書の写し など</li> </ul> ※離職等により収入に変動があったときは、そのことが証明できる書類が必要です。<br>※同居要件がないため住民票の添付は必要ありませんが、苗字が被保険者と異なる場合は続柄の確認できる住民票、戸籍などが必要です。                                                                                                                                       | <p>&lt;同居確認のための書類&gt;</p> <p>続柄の確認できる住民票が必要となります。</p> <p>&lt;収入確認のための書類&gt;</p> <p>左記と同様です。</p>                      |

1. 任意継続の加入期間について

- ・任意継続の加入期間は、任意継続被保険者となってから2年間となります。ただし、以下の理由に該当する場合は2年を経過する前に、任意継続の資格を喪失することとなります。

<<資格を喪失する場合>>

- (1) 毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった場合
- (2) 就職等により、健康保険等の被保険者等となった場合
- (3) 被保険者の方が亡くなられた場合
- (4) 被保険者の方が後期高齢者医療制度（長寿医療制度）に加入された場合

※「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。

2. 任意継続の保険料額について

- ・任意継続の保険料額は、退職時の標準報酬月額によって決定されます。ただし、標準報酬月額が28万円を超える場合は、28万円の標準報酬月額により決定されます。

- ・勤務していた時の健康保険料については、事業主と被保険者で折半していましたが、任意継続の保険料については、全額任意継続被保険者の自己負担となります。

- ・任意継続の保険料額については、下記の理由により変更となる場合があります。

<<保険料額が変更する場合>>

- (1) 任意継続加入中に40歳になり介護保険被保険者に該当した場合（一般保険料+介護保険料）
- (2) 任意継続加入中に65歳になり介護保険被保険者に該当しなくなった場合
- (3) 健康保険料率または介護保険料率が変更された場合
- (4) 全国健康保険協会管掌健康保険における標準報酬月額の平均額（現在は28万円）が変更された場合

### 3. 保険料の納付方法について

《保険料の納付方法については、以下のいずれかの方法により納付してください。》

#### I. 納付書にて毎月納付していただく方法

- ・毎月初めに当協会都道府県支部より納付書を送付いたしますので、納付書に記載されている「納付期限」までに納付してください。（取扱金融機関等については、納付書裏面にて確認してください。）
- ・「納付期限」は原則として毎月10日となっておりますが、以下の理由により「納付期限」が10日にならない場合があります。必ず「納付期限」を確認してください。  
《納付期限が10日とならない場合》
  - (1) 当該月の10日が土日・祝日の場合（納付期限は翌営業日）
  - (2) 初めて保険料を納付する場合（納付期限は保険者が指定した日）

- ※1 納付書が届かない場合または、紛失してしまった場合は、早急にご自宅の住所地を管轄する当協会都道府県支部に連絡してください。
- ※2 納付期限までに保険料が納付されなかった場合は、任意継続の資格を喪失することとなります。なお、初回分の保険料が納付期限までに納付されなかった場合は、被保険者の資格が取り消しとなります。

#### II. 口座振替にて毎月納付していただく方法

- ・資格取得申出書提出後、「口座振替依頼書」をご自宅へ送付いたしますので、別途提出してください。
- ・手続き完了後、「保険料口座振替のご案内」を送付いたしますので、ご案内に記載の「口座振替開始月」を確認してください。毎月1日（1日が土日・祝日の場合は翌営業日）にご指定の口座より保険料を引落しさせていただきます。
- ・口座振替の手続きには、概ね2ヵ月程度かかります。  
手続きが完了するまでの間は、納付書にて納付期限までに保険料を納付してください。

#### III. 前納にて6ヵ月分または、12ヵ月分納付していただく方法

- ① 6ヵ月前納を選択した場合  
3月から8月に資格取得した場合は資格取得月の翌月分から9月分までの保険料、9月から翌年2月に資格取得した場合は資格取得月の翌月分から当該年度の3月分までの保険料を納付することができます。
  - ② 12ヵ月前納を選択した場合  
資格取得した際に、資格取得月の翌月分から当該年度の3月分までの保険料を納付することができます。
- ※1 保険料を前納にて納付する場合は、保険料が割引されます。
  - ※2 前納の納付期限は、資格取得年月日の属する月の月末となっておりますので、資格取得申出書を提出された時期によっては、前納にて納付することができない場合があります。詳しくは、当協会都道府県支部までお訊ねください。