

## 《健康保険任意継続被保険者の加入について》

退職などにより健康保険の被保険者の資格がなくなったとき、希望により引き続き被保険者となれる制度です。  
任意継続被保険者の制度の概要は次のようになっています。十分ご検討のうえ加入手続きをして下さい。

1. 資格条件 資格喪失日(退職日の翌日)前、継続した被保険者期間が2ヵ月以上必要です。
2. 申請手続 **資格喪失日から必ず20日以内**に当組合へ申請書を提出して下さい。この期間を過ぎると受付できません。
3. 発送手順 あなたから提出された**任意継続被保険者資格取得申請書**、事業主から提出された**健康保険被保険者資格喪失届**により資格審査を行ないます。  
  
この際、**被扶養者の資格確認のため所得証明など、認定に関する資料を提出していただく場合があります。**  
  
審査終了後、当組合から任意継続被保険者資格取得申請書に記入されたご住所へ受理通知、健康保険被保険者証、保険料納付書などを送付いたします。
4. 保険料額 退職時の標準報酬月額と、当組合前年度9月30日現在の全被保険者の平均標準報酬月額のいずれか低い方の額に保険料率を乗じた額が保険料となります。**事業主が存在しないため事業主負担分を含めて全額自己負担となります。**
5. 納付方法 当組合発行の納付書にて最寄りの金融機関からお振り込み下さい。当組合へ持参、現金書留による郵送でも結構ですがこの場合は納付期限までに当組合へ必着するようにして下さい。なお、**口座振替の制度はありません。**
6. 納付期限 **毎月の保険料はその月の10日までに納付して下さい。ただし、初めて納付する保険料は当組合が指定する日までに納付して下さい。納付期限を過ぎて保険料を納付されても資格は喪失します。**2回目以降の保険料は下記のとおり一定期間前納することができます。この前納の保険料は年4.0%の利率による複利現価法によって割引されます。ただし、**前納された期間中は、国民健康保険の加入、被扶養者認定、他の健康保険組合の特例退職被保険者の資格取得が原則としてできませんのでご注意ください。**
  - ① 半年度分前納(4月～9月分、10月～翌年3月分)
  - ② 1年度分前納(4月～翌年3月分)
7. 加入期間 最長**2年間**(その間に後期高齢医療広域連合に加入される方(75歳の誕生日を迎える方、または、後期高齢医療広域連合より障害認定を受けた65歳以上の方)は、加入前日まで)です。
8. 資格喪失 下記の事由に該当したとき、加入期間にかかわらず任意継続被保険者の資格を喪失します。  
また、**下記の事由以外では途中で資格を喪失することができません。**
  - ① 再就職して新たに健康保険、船員保険の被保険者資格を取得したとき。
  - ② 後期高齢医療広域連合に加入したとき。
  - ③ 保険料を納付期限までに納付しないとき。
  - ④ 被保険者が死亡したとき。**★【国民健康保険に加入する】・【家族の健康保険の扶養に入る】等の理由では資格喪失できません。**
9. その他 40歳以上65歳未満(介護保険第2号被保険者)の方は、健康保険と介護保険の保険料をあわせて当組合が徴収いたします。  
**保険料の日割り計算はありません。月の途中で任意継続被保険者の資格を取得された方も任意継続被保険者の資格を取得した月分の保険料を全額納付していただくこととなります。**

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者証の 記号－番号	—		
② 資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	平成      年      月      日	③ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円
④ 勤務されていた事業所	所在地		
	名 称		
⑤ 資格喪失の際の健康保険組合名称	近畿電子産業健康保険組合		
⑥ 保険料支払方法 <small>いずれかに○印をしてください</small>	・ 各月毎に支払う	・ 半期分毎に前納する	・ 年度分毎に前納する

上記のとおり申請します。

平成      年      月      日

在職時の資格取得年月日      昭和・平成      年      月      日

### 【注意事項】

- ◎申請期間は天災地変、交通・通信関係の遮断など期間経過について正当の事由があると認められる場合以外は、**資格喪失日から20日以内(当組合必着)です。**十分ご注意ください。
- ◎引き続き認定を希望される被扶養者の中に、資格確認の必要な方がおられる場合、認定に関する資料を提出していただきます。  
(申請書を受理した後、当組合から右記のご住所に必要な書類を送付させていただきます。)
- ◎任意継続の資格取得の際に被扶養者を削除される場合、届出が必要になりますので当組合へご連絡下さい。
- ◎初めて納付すべき保険料を納付期限までに納付しなかった場合は、任意継続被保険者とならなかったものとみなす取扱となります。
- ◎裏面記載の「健康保険任意継続被保険者の加入について」をよく読んでいただき、内容をご理解いただいた上で申請して下さい。

住 所	(フリガナ)			
	〒	□ □ □ □	—	□ □ □ □ □ □
	都 道 府 県			
電話番号	—	—		
氏名・印	(フリガナ)			⑩
生年月日	昭和・平成	年	月	日
	性別	男・女		