

任意継続加入時の注意事項

～任意継続保険を申請される方は必ずご一読ください～

■任意継続保険の加入申請期限

申請期限は、退職日翌日から 20 日以内です。期限を過ぎると加入できませんので、ご注意ください。
※シャープで社会保険に加入して継続雇用となる方は、任意継続保険に加入する必要がありません。
社会保険に加入するかどうかは、採用担当者や管轄の総務部(または管理部)に確認ください。

■任意継続保険の保険料について

保険料額は、退職日の標準報酬月額(令和6年は44万円が上限)×保険料率で決定されます。
ご自身の任意継続保険料は、次ページの在職時の健康保険料から各自でご確認ください。
※標準報酬月額は加入期間中、変更ありませんが、上限額は、年度で変更となる場合があります
※国民健康保険料を確認頂き、比較ください。(後段の「その他連絡・確認事項」において詳細記載)

■健康保険料の納付単位、支払方法と納付期日について

【納付単位】

「毎月払い」、「半年前納」、「1年前納」の3種類から選択いただきます。前納は、毎月払いよりも少々割引があります。(年4%の複利現価法による割引)

割引保険料を確認したい方は、健保組合へお問合せください。途中脱退の場合、未経過期間分は還付します。

【支払方法】

・加入月……………全員振込みで、納付いただきます(手続き完了案内時に「振込用紙」を同封します)

・加入月翌月以降……………申請時の選択により「ゆうちょ銀行口座の自動引き落とし」または「各自振込」

※納付時の手数料は、ご本人負担です。(ご参考:ゆうちょ銀行口座の自動引き落としは、33円/回)

「振込」はご利用の金融機関によって異なります。ATM 以外に、ネットバンキングのご利用でも結構です

【納付期日】

手続き完了案内時に、保険料額と共に納付期日を記載しています。納付期日に納付がなかった場合、また自動引き落としができなかったときは、資格喪失となりますので十分ご注意ください。

■健康保険証について

在職中の健康保険証は退職日の翌日から利用できませんので、「(様式88)健康保険の誓約書」と共に、退職日から5日以内に管轄の総務部(または管理部)に返却ください。

2024年12月2日以降、任意継続保険の加入手続きが完了したときは、現行のカード保険証に代わり「資格確認書(A4用紙大)」を送付します。※脱退時に「資格確認書は返却」となります。

マイナンバーカードを利用されている方は、健保組合の手続きによって資格情報が更新されますので、引き続きマイナンバーカードをご利用ください。※マイナポータルで、ご本人の資格情報を確認することが可能です。

■その他連絡・確認事項

・再就職等で任意継続保険の加入期間が短い予定の方は、事前にご連絡ください。

・国民健康保険では前年1月～12月の所得を基に、当年4月～翌年3月分の国民健康保険料(税)を算定します。

(例)2024年度保険料額(2024.4～2025.3)は、2023年1月～12月の所得を基に算出。

※特に【海外赴任されていた方】または【退職前年に、休職して給与がなかった方】は、国民健康保険料(税)が任意継続保険料より安くなる場合があります。

※退職後の収入減少を考慮して、保険料(税)の減免措置を設ける市区町村もあります。

※退職理由が、自己都合で無い方についても減免措置の対象となる可能性があります。

その他不明な点は健保ホームページ「よくある質問」をご参照いただくか、お問い合わせください。

HP <http://kenpo.sharp.co.jp/home/top/> 社外からもアクセス可能です。

「よくある質問」 http://kenpo.sharp.co.jp/home/top/qa/qa_index.html

令和6年度(4月～翌年3月分) 任意継続被保険者 月額保険料一覧表

	健康保険料率	介護保険料率	保険料率合計
令和6年度	9.20%	1.70%	10.90%

※退職後は全額自己負担となるため、保険料総額を被保険者が負担します

等級	※1 標準報酬月額	任意継続保険料の月額保険料			(参考) 在職中の 健康保険料
		① 健康保険料	② ※2 介護保険料	①+② 合計保険料	
1	58,000	5,336	986	6,322	2,132
2	68,000	6,256	1,156	7,412	2,500
3	78,000	7,176	1,326	8,502	2,868
4	88,000	8,096	1,496	9,592	3,235
5	98,000	9,016	1,666	10,682	3,603
6	104,000	9,568	1,768	11,336	3,824
7	110,000	10,120	1,870	11,990	4,044
8	118,000	10,856	2,006	12,862	4,338
9	126,000	11,592	2,142	13,734	4,633
10	134,000	12,328	2,278	14,606	4,927
11	142,000	13,064	2,414	15,478	5,221
12	150,000	13,800	2,550	16,350	5,515
13	160,000	14,720	2,720	17,440	5,883
14	170,000	15,640	2,890	18,530	6,250
15	180,000	16,560	3,060	19,620	6,618
16	190,000	17,480	3,230	20,710	6,986
17	200,000	18,400	3,400	21,800	7,354
18	220,000	20,240	3,740	23,980	8,089
19	240,000	22,080	4,080	26,160	8,824
20	260,000	23,920	4,420	28,340	9,560
21	280,000	25,760	4,760	30,520	10,295
22	300,000	27,600	5,100	32,700	11,031
23	320,000	29,440	5,440	34,880	11,766
24	340,000	31,280	5,780	37,060	12,501
25	360,000	33,120	6,120	39,240	13,237
26	380,000	34,960	6,460	41,420	13,972
27	410,000	37,720	6,970	44,690	15,075
28	440,000	40,480	7,480	47,960	16,178

※1……あなたの退職時の標準報酬月額をもとに、保険料額が決まります。

ご自身の等級(標準報酬月額)は、WEB 給与明細書に「健保標準報酬月額」が記載されています。または、「在職中の健康保険料額」を、上表に照らして確認も可能です。

任意継続保険の標準報酬月額には上限(令和5年度は44万円)があるため、在職中の標準報酬月額が44万円以上の方(健康保険料が16,178円以上の方)は、全員標準報酬月額が44万円の保険料額になります。

※2……介護保険料は、被保険者本人及び扶養家族のうち40歳～64歳の方がいれば、納付頂きます。該当者の人数に関わらず1人分の保険料です。

令和7年度(4月～翌年3月分) 任意継続被保険者 月額保険料一覧表

令和6年度より、健康保険料率が1.3%upしています

	健康保険料率	介護保険料率	保険料率合計
令和7年度	10.50%	1.70%	12.20%

※退職後は全額自己負担となるため、保険料総額を被保険者が負担します

等級	※ ¹ 標準報酬月額	任意継続保険の月額保険料		
		① 健康保険料	② ※ ² 介護保険料	①+② 保険料合計
1	58,000	6,090	986	7,076
2	68,000	7,140	1,156	8,296
3	78,000	8,190	1,326	9,516
4	88,000	9,240	1,496	10,736
5	98,000	10,290	1,666	11,956
6	104,000	10,920	1,768	12,688
7	110,000	11,550	1,870	13,420
8	118,000	12,390	2,006	14,396
9	126,000	13,230	2,142	15,372
10	134,000	14,070	2,278	16,348
11	142,000	14,910	2,414	17,324
12	150,000	15,750	2,550	18,300
13	160,000	16,800	2,720	19,520
14	170,000	17,850	2,890	20,740
15	180,000	18,900	3,060	21,960
16	190,000	19,950	3,230	23,180
17	200,000	21,000	3,400	24,400
18	220,000	23,100	3,740	26,840
19	240,000	25,200	4,080	29,280
20	260,000	27,300	4,420	31,720
21	280,000	29,400	4,760	34,160
22	300,000	31,500	5,100	36,600
23	320,000	33,600	5,440	39,040
24	340,000	35,700	5,780	41,480
25	360,000	37,800	6,120	43,920
26	380,000	39,900	6,460	46,360
27	410,000	43,050	6,970	50,020
28	440,000	46,200	7,480	53,680

※1・・・あなたの退職時の標準報酬月額をもとに、保険料額が決まります。

ご自身の等級(標準報酬月額)は、WEB 給与明細書に「健保標準報酬月額」が記載されています。

任意継続保険の標準報酬月額には上限があり、令和7年度は前年同様44万円です。

在職中の標準報酬月額が44万円以上の方は、全員標準報酬月額が44万円の保険料額になります。

※2・・・介護保険料は、被保険者本人及び扶養家族のうちに40歳～64歳の方がいれば、納付頂きます。

該当者の人数に関わらず1人分の保険料です。

任意継続被保険者 資格取得申請書

ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針（プライバシーポリシー）」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

在職時の健康保険証		フリガナ	男・女	生年月日				
記号	番号			昭・平	年	月	日	
2000				退職時年齢		歳		
勤務地・所属			退職日					
			令和			年	月	日
マイナンバーカードの取得有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※個人番号に変更があった方は、右に個人番号を記入してください								
退職後 住所	住所 〒 -							
	転居前住所 〒 -					転居予定日		
							月	日
連絡先携帯 (必須)		- -		@				
緊急時連絡先		() TEL - -		() メール @				

◆保険料の納付単位

納付単位	<input type="checkbox"/> 毎月払い	・	<input type="checkbox"/> 半年前納	・	<input type="checkbox"/> 1年前納
------	-------------------------------	---	-------------------------------	---	-------------------------------

◆保険料の納付方法

A	自動引き落とし (ゆうちょ銀行のみ) ※給付金発生時は、保険料を引落口座のゆうちょ銀行口座に入金します	B	振り込み or ネットバンク (詳細は別途案内します) ※必ず「通帳」コピーを提出ください (給付金発生時に指定口座へ入金するため)
----------	---	----------	---

【必要添付書類】 該当する項目にチェックを入れ、該当書類はすべて提出ください。

- ア. 世帯全員の住民票 (続柄表示有) ※扶養家族を申請しない場合は本人のみ記載のもので可
- イ. 保険料の納付方法Aを選択の方 _____ 「(様式番号 14) 自動払込利用申込書」
- ウ. 保険料の納付方法Bを選択の方 _____ 給付金受け取り口座の「通帳」コピー
- エ. 申請の扶養家族がいる方 _____ 「(様式番号 15) 任意継続被保険者 資格取得時扶養認定申請書」

【申請期限】 退職日以降 20 日以内 ※遅れると加入できないため、ご注意ください。

【提出先】 (八尾) シャープ健康保険組合 ※郵送の場合：大阪府八尾市北亀井町 3-1-72 (〒581-8585)

【事務取扱欄】

資格取得日	令和	年	月	日	退職時の 標準報酬月額	千円
任意継続標準報酬月額					千円	

常務理事	事務長	課長		担当

健保受付印

任意継続被保険者 加入誓約書

1. 任意継続期間	退職日の翌日から継続して最長2年間 (2. 資格喪失理由の②～⑥に該当した時を除く)
2. 資格喪失理由	以下の理由に該当したときは資格を喪失します。 ①任意継続被保険者期間が2年を満了したとき ②勤務先の社会保険(健康保険)に加入したとき ③後期高齢者医療制度に該当となった(後期高齢者医療被保険者証をうけた)とき (75歳になったとき、または65歳以上で一定以上の障害と認定されたとき) ④被保険者が死亡したとき ⑤保険料を期限までに納付しなかったとき(引き落としができなかったときを含む) ⑥申し出によって脱退を希望したとき (①～⑤以外の理由の場合)
3. 資格喪失の届出	②③に該当した場合は、直ちに健保組合へ連絡のうえ、手続きが必要です。 ⑥申し出による脱退手続きが完了後に発行される「資格喪失通知書」を利用し、 次に加入する健康保険の手続きを行ってください。
4. 資格喪失後	資格の喪失となったときは、「資格確認書」を返却します。 また、資格喪失日以降に診療・調剤を受けた医療費がシャープ健康保険組合に 請求されたときは、その医療費は健保組合に返金します。 (ご参考) 資格喪失日直後に受診する時は、健康保険が変わったことを医療機関等に 申出することでシャープ健康保険組合への誤請求を減らすことができます。

本申請書に記載された個人情報は、健康保険組合ホームページに記載の利用目的の範囲内で利用されます。

シャープ健康保険組合 殿

私は、以上の事項を理解・承諾した上で、任意継続被保険者制度の加入手続きを行うことを誓約します。

年 月 日

被保険者氏名

(自署)

自動払込利用申込書 (収・加)

ゆうちょ銀行

種目コード			種別コード		通帳記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入ください)					通帳番号 (右からつめてご記入ください)								
1	6	6	2	8	1				0	※								

フリガナ		お届け印
口座名義人		

(氏名コード:) ※被保険者 (本人) の名義口座に限ります。

払込日	10日 ・ 27日			土曜、日曜、祝日の場合は翌営業日	
払込先 口座番号	00970-0-53915	払込先 加入者名	シャープ健康保険組合		

自動払込利用申込書に不備がありましたら、該当箇所に○をつけ、下記返送先までご返送ください。

1. 記号番号相違	4. 口座なし
2. 氏名相違	5. その他
3. 印鑑相違	()

【返送先】 〒581-8585
大阪府八尾市北亀井町3丁目1番72号
シャープ健康保険組合
TEL. 050-5530-3927 FAX. 06-6791-7309

「(様式 14) 自動払込利用申込書」は、片面で作成頂く必要があるため、白紙ページを挟んでいます

任意継続被保険者資格取得時 被扶養者認定申請書

氏名： _____

(氏名コード： _____)

【添付書類チェックリスト】 該当する書類はすべて添付下さい。 ※ aとbは提出必須です。

- a. 世帯全員の住民票（続柄表示要） ※本人含めて全員記載があれば1部提出で可
- b. 19歳以上の申請家族の「所得証明書」または「非課税証明書」 ※源泉徴収書不可
- c. 学生の家族_高校生以上の家族の「学生証」コピー
- d. 働いている家族_直近3カ月分の「給与明細書」コピー
- e. 年金を受けている家族_「年金振込通知書」など年金額の確認書類のコピー ※障害年金・遺族年金を含む
- f. 給与・年金以外の収入を確定申告している家族
_「青色決算申告書」など収入・支出の内訳がわかる書類のコピー
- g. 別居の家族
_①直近6カ月の「仕送り明細書」コピー（手渡しは認められません。金融機関の明細コピー）
_②別居家族の世帯全員の住民票（学生家族は①②とも不要）

1	氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	住居	市町村の医療補助
	フリガナ	昭平令 年 月 日		男・女		同居・別居	無 有 いつから 年 月～
	マイナンバーカードの取得有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※個人番号に変更があった方は、右に個人番号を記入してください						
	申請家族の現況が該当するのにチェックしてください(複数チェックも可) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 全日制の学生 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 年金を受けている <input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある <small>高校生以下も含む</small> 別居の場合は、別居の住所及び連絡先を記入してください TEL: _____						
2	氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	住居	市町村の医療補助
	フリガナ	昭平令 年 月 日		男・女		同居・別居	無 有 いつから 年 月～
	マイナンバーカードの取得有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※個人番号に変更があった方は、右に個人番号を記入してください						
	申請家族の現況が該当するものにチェックしてください(複数チェックも可) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 全日制の学生 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 年金を受けている <input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある <small>高校生以下も含む</small> 別居の場合は、別居の住所及び連絡先を記入してください TEL: _____						
3	性別	生年月日	年齢	性別	続柄	住居	市町村の医療補助
	フリガナ	昭平令 年 月 日		男・女		同居・別居	無 有 いつから 年 月～
	マイナンバーカードの取得有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※個人番号に変更があった方は、右に個人番号を記入してください						
	申請家族の現況が該当するものにチェックしてください(複数チェックも可) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 全日制の学生 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 年金を受けている <input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある <small>高校生以下も含む</small> 別居の場合は、別居の住所及び連絡先を記入してください TEL: _____						