

## 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～

### ■任意継続の健康保険証について

退職してから加入申請書を健康保険組合が受領した後、任意継続保険証を発行します。  
少しの間お手元に健康保険証が無い期間が発生しますが、無保険ではありませんのでご安心ください。  
また、この間に医療機関を受診する場合は、窓口で手続き中であることを伝え、窓口の指示に従ってお支払いください。  
※在職時の保険証の返却先は、管轄の総務部です。退職誓約書と共に総務部へ提出してください。

### ■任意継続保険の申請期限は退職日以後 20 日以内です。見込での任意継続への申請はおやめください。

退職後に再就職先が決まっていて再就職までの期間が短い場合(同月加入・喪失)は、国民健康保険の窓口へご相談ください。

### ■保険証を受領したら

任意継続の保険証を受領後は、必ず任意継続保険料を納付してください。原則、加入の取り消しはできません。

### ■任意継続の保険料額について

任意継続保険料は、あなたの退職時の「標準報酬月額」×「保険料率」で計算され、次の方法で確認できます。  
確認方法…給与明細より在職中の「標準報酬月額」または「健康保険料」を確認し、次頁の「月額保険料一覧表」でご確認ください。  
保険料は、全額自己負担となります。

## ご参考 国民健康保険料も確認しましょう！

国民健康保険では前年 1 月～12 月の所得を基に、翌年4月～翌々年3月分の国民健康保険料(税)を算定します。  
特に【退職前年に、休職して給与がなかった方】または【海外赴任されていた方】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。国民健康保険の窓口で確認を行いましょう。  
※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。

### ■健康保険料の支払方法と納付単位について

#### 【支払方法】

- ・加入月保険料は、全員「納付書(健保組合発行の振込用紙)」により、お支払い頂きます。  
※保険料「納付書」は健康保険組合が任意継続申請書を受け付けた後に、保険証と共に自宅へ発送します。  
届き次第保険料を納付してください。
- ・加入月の翌月以降の保険料は、自身が選択する方法(「自動引き落とし」か「納付書による振り込み」)でお支払い頂きます。
- ・支払時の手数料は、被保険者負担です。  
「自動引き落とし」は 33 円、「納付書による振り込み」は振り込み保険料額によって異なります。
- ・保険証と共に、加入月翌月以降保険料の「納付書」または「引き落としスケジュール」を同封しますのでご確認ください。

#### 【納付単位】

納付単位の選択肢には「毎月払い」、「半年前納」、「1年前納」があります。  
前納の場合、保険料の割引があります(年 4%の複利現価法による)。  
※在職時の最終保険料と任意継続の加入月保険料が同月払いとなる場合がありますが、在職時の保険料が後払いのためです  
ので、重複はございません。

### ■任意継続保険に加入後の脱退(資格喪失)について

以下の1～4に該当した時は、任意継続保険は脱退となります(2と3については、手続きが必要です)

1. 期間満了に達したとき【該当日:加入日から2年経過後の同日】
2. 再就職等で健康保険に加入したとき【該当日:再就職した日】
3. 65 歳以上で一定の障害になり後期高齢者医療制度に加入したとき【該当日:その加入日】
4. 任意継続被保険者が死亡したとき【該当日:亡くなった翌日】
5. 保険料が未納となったとき【該当日:未納となった月の 11 日(曜日により前後します)】
6. 申し出によって脱退を希望するとき(1～5以外の理由の場合)【該当日:申出受付日の翌月 1 日】

## ご注意

脱退の理由に該当した時は、その該当日からシャープ健康保険証は使用できません。  
新しい健康保険証の交付前に病院を受診するときは、新しく加入する健康保険に対応をお尋ねください。  
なお、通常の対応は以下1または2の方法で精算できますので、参考にしてください。  
1. 医療費 10 割金額を立て替え払いし、後日新しい健康保険証を提示して 7 割金額を返金してもらう  
2. 医療費 10 割金額を立て替え払いし、その領収書によって新たに加入する健康保険組合へ請求する

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](http://kenpo.sharp.co.jp/home/top/qa/qa_index.html)

令和5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5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4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。

### 任意継続被保険者 資格取得申請書

ご記入は、必ずボールペンでお願いします。(フリクションペン不可)

※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		
個人番号(マイナンバー)の変更の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※変更がある場合は、右に個人番号 12 桁を記入してください											
退職後住所		〒 TEL - -						転居予定日		月	日
		※退職前後で住所が変わる方は、退職前住所も記入してください									
緊急連絡先		携帯 TEL		メール アドレス		@					

◆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

<input type="radio"/> A	ゆうちょ銀行口座からの自動引き落とし ※給付金がある場合は、保険料を引き落とす ゆうちょ銀行口座に入金します	<input type="radio"/> B	振込用紙で振り込み(振込用紙は健保で発行) ※給付金がある場合は、提出頂く「通帳」 コピーの指定口座へ入金します
-------------------------	--	-------------------------	--

【添付書類チェックリスト】 ※ア、ウ or エは、提出必須です。該当する項目にチェックを入れてください。

- ア. 必ず世帯全員(続柄表示要)の住民票 ※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. 個人番号に変更がある方「個人番号カード(両面)」または「通知カード」のコピー
- ウ. 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」
- エ. 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
- オ. 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】 退職日の翌日から 20 日以内(健保必着) ※遅れると加入できません。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:〒581-8585 大阪府八尾市北亀井町 3-1-72

【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

## 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、 次に加する健康保険の手続きを行ってください。
4. 保険証について	資格喪失をした場合は、必ず保険証を返却ください（健康保険法施行規則第51条）。 <u>※資格喪失日以降、シャープ健康保険証を使用して受診した場合は、健保負担分の医療費はシャープ健康保険組合に返金します。</u> ※不正に被保険者証を使用した場合、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受ける ことがあります。

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】 ※aとbは提出必須です。その他、該当する書類はすべて添付下さい。

- a. 必ず 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. 必ず 19歳以上の申請家族の「所得証明書」 ※無収入の場合は「非課税証明書」を入手ください。(学生含む)
- c. 個人番号に変更がある家族 該当家族の個人番号が確認できる書類のコピー
- d. 学生の家族 高校生以上の家族の「学生証」コピー
- e. 働いている家族 直近3カ月分の「給与明細書」コピー
- f. 年金を受けている家族 「年金振込通知書」など年金額がわかる書類のコピー
- g. 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
- h. 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～
	個人番号(マイナンバー)の変更の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※変更がある場合は、右に個人番号 12 桁を記入してください						
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～
	個人番号(マイナンバー)の変更の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※変更がある場合は、右に個人番号 12 桁を記入してください						
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～
	個人番号(マイナンバー)の変更の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※変更がある場合は、右に個人番号 12 桁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: _____							