

## 《任意継続について》

**申出書記入前に必ずご確認ください**

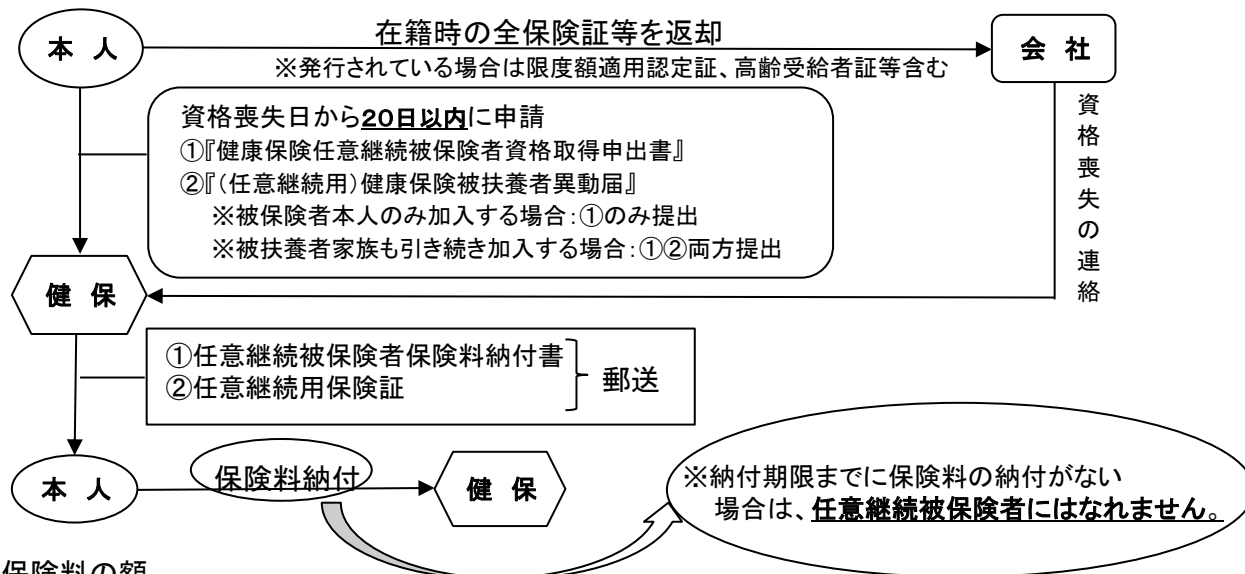
※その他制度に関する詳細や書類については、  
ホームページをご覧ください。

### 1. 任意継続被保険者となる要件について

- 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。
- ③**75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。

### 2. 任意継続被保険者の保険証発行までの流れ



### 3. 保険料の額

月々の保険料は、それまで会社が負担していた分もあわせて納めていただくこととなりますので、在籍時の保険料額の2倍となります。ただし、保険料の計算の基準になる標準報酬月額、当健保組合の平均標準報酬月額が上限となります。標準報酬月額については、当健保組合のホームページよりご確認ください。

### 4. 納付方法

保険料の納付方法は、『毎月納付』のほか割引のある『前納制度』があります。

前納の場合：前納期間の前月の末日までに振込(末日が休日、祝日の場合はその翌営業日)

毎月納付の場合：毎月10日までに振込(10日が休日、祝日の場合はその翌営業日)

・前納する場合には、年4%の利率による複利現価法での割引が受けられます。

・前納には、通年分(4月～翌年3月)と半期分(4月～9月、10月～翌年3月)の2種類あります。

\* 納付期限までに保険料が納付されなかった場合は、資格を喪失します。

\* 前納期間中に就職などで任意継続被保険者資格を喪失した場合は、資格喪失日以降の保険料を返還します。

### 5. 被保険者期間と資格の喪失

任意継続被保険者でいられる期間は退職日の翌日から**最長2年間**です。

#### 【資格喪失の理由と喪失日について】

下記の事由に該当した場合は、資格を失います。

- ① 資格取得から2年を経過したとき (該当するに至った日の翌日に資格を失います)
- ② 死亡したとき (該当するに至った日の翌日に資格を失います)
- ③ 期日までに保険料を納付しなかったとき (該当するに至った日の翌日に資格を失います)
- ④ 就職等で他の健康保険等の被保険者となったとき (該当するに至ったその日に資格を失います)
- ⑤ 後期高齢者医療の対象となったとき (該当するに至ったその日に資格を失います)
- ⑥ 上記①～⑤以外の事由で、任意継続被保険者でなくなることを希望するとき (申出月の翌月1日に資格を失います)

\* 資格喪失後に保険証を使用することはできません。すみやかに保険証を返却してください。

\* 上記⑥の理由により申出を行った場合は、取り消すことができませんのでご注意ください。

\* 資格喪失の事由が上記④、⑤、⑥に該当する方は「健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書」をご提出ください。

### 6. 申出書類の提出及び問い合わせ先

〒190-0012 東京都立川市曙町二丁目37番7号 コアシティ立川12階

H. U. グループ健康保険組合

TEL:050-2000-5065 / FAX:042-506-119 / E-mail:hugp-kenpo@hugp.com / <https://www.hugp-kenpo.jp/>

(令和6年1月)

決 裁	申 出 受 理			-
	常務理事	事務長		担 当

標準報酬月額 千円

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

① 健康保険被保険者証の 記号及び番号	記 号	番 号	
② 被保険者の氏名・性別	氏 名	性 別	男 ・ 女
③ 生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月 日
④ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月 日
⑤ 退職時の事業所名 (会社名)	※在籍時の保険証等は、退職後使用できなくまりますので速やかに会社へご返却ください。		
⑥ 保険料納付方法	・ 前納(通年分)      ・ 前納(半期分)      ・ 毎月納付 【初回保険料について】 ※保険料は、被保険者資格を喪失した日の属する月の分より納付いただきます。 ・加入申請日が資格喪失月の翌月である場合は、資格喪失月と加入申請月の2ヶ月分を納付いただきます。 ・初回保険料の納付期限は、納付書発行日より2週間となっております。 納付期限までにお支払いがない場合は、 <b>任意継続被保険者にはなりませんので、ご注意ください。</b>		
⑦ 制度に関する確認 ※確認のうえ、「はい」を ○で囲んでください	ア)別添「任意継続について」をご覧になりましたか? ⇒ ⇒ はい イ)任意継続の制度について、内容を確認・理解しましたか? ⇒ ⇒ はい		

任意継続の制度を確認・理解したうえで、上記のとおり申出します。

令和 年 月 日

H.U.グループ健康保険組合理事長 殿

【住民票上の住所】

〒 -

【居所 ※住民票と同じ場合は✓を記入することで省略可→  】

〒 -

【電 話】 - -

(日中に連絡がとれる連絡先 : - - )

【氏 名】

