

健康保険任意継続の手続き

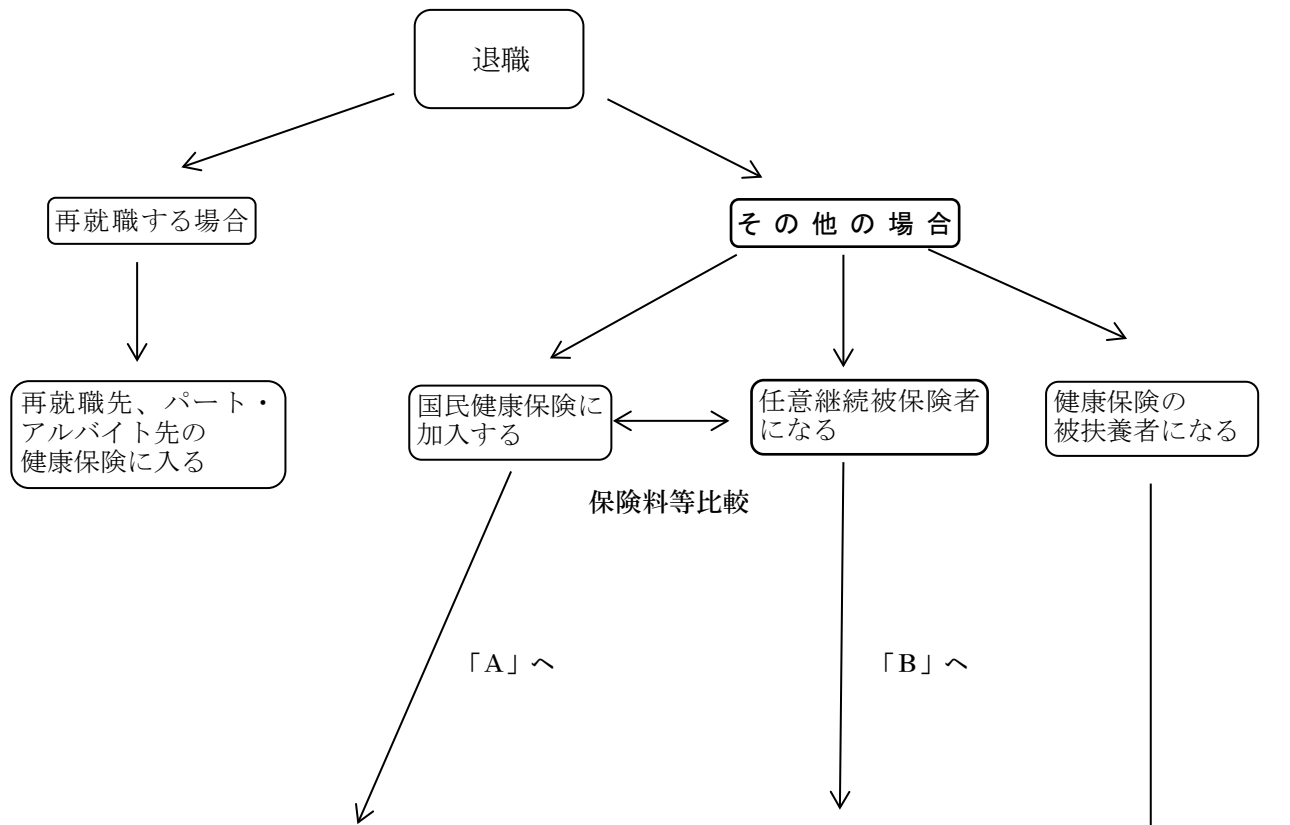
(退職後の健康保険の手続きについて)

西日本パッケージング健康保険組合
〒540-0003
大阪府中央区森ノ宮中央1丁目16番16号
大阪紙器会館5階
TEL 06-6941-4635
FAX 06-6944-0514
ホームページ <https://packagingkenpo.jp>

☆ 令和6年3月改定

退職後の健康保険について

会社を退職すると健康保険の資格がなくなり、何らかの健康保険制度に加入することになります。



	A	B
1. 窓口	各市区町村	健康保険組合
2. 加入できる人	自営業者、無職の人等	別紙①参照
3. 申請期間	退職後すみやかに手続きください。 (原則14日以内)	
4. 保険料	前年の収入により各市区町村によって算出方法が異なります。また、倒産、解雇及び履止め等一定の理由により退職された方及びそれらの理由以外でも市区町村独自の制度により、国民健康保険料(税)が軽減される場合がありますので、お住まいの市町村役場の国民健康保険課にお問い合わせください。	別紙②参照
5. 加入可能期間	制限なし	最大2年間

市町村役場の国民健康保険課にお問い合わせください

任意継続を希望される方は次のページへ

配偶者、子、父母等が加入している保険者にお問い合わせください

任意継続被保険者の手続き

1. 加入資格

資格喪失日(退職日の翌日)前、継続した被保険者期間が2ヶ月以上ある人

2. 手続き期間

資格喪失日(退職日の翌日)より20日以内に健康保険組合へ届け出てください。

(この期間を過ぎると、正当な理由がない限り手続きはできません)

3. 必要なもの

(1)	1ヶ月分の保険料 ※1 (保険料の詳細は『別紙②』参照) 前納ご希望の方は併せて前納保険料
(2)	『健康保険任意継続被保険者資格取得申出書』 ※2 (「記入例」をご参照ください)
(3)	『身分証明書』 (健康保険組合の窓口で手続の場合は、 免許証、マイナンバーカードなどをご持参ください。)

※1 (1)の保険料について

原則、初回の保険料は資格を喪失した月の分をご持参ください。

お手続きが資格喪失月の翌月になる場合は2ヶ月分の保険料が必要となります。

(1)の前納保険料について

前納とは、資格喪失した月の翌月から9月又は、翌年3月までを単位とした期間、

翌年4月からは、6ヶ月又は12ヶ月を単位とした期間の保険料を一度に納付できる制度です。

前納される場合には、多少の割引があります。金額については、健康保険組合までお問い合わせ下さい。

※2 (2)の申出書はホームページからも取得できます。

4. 手続方法

前記3の(1)から(3)を健康保険組合にご持参ください。(郵送の場合は、3の(1)及び(2))

5. 保険料の納付方法

納付書による振込みになります。

6. 資格の喪失

次に該当する場合は、任意継続の資格がなくなります。

(1) 任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過した時

(2) 保険料を納付期限までに納めなかった時

(3) 被保険者(ご本人)が就職して健康保険等の被保険者の資格を取得した時

(4) 後期高齢者医療制度の被保険者となった時

(5) 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨の申出があった時

・前納されていても申出できます。

(6) 被保険者(ご本人)が亡くなられた時

※上記に該当した場合は、「資格喪失通知書」をお送りします。

※上記(3)(4)(5)に該当した場合は、「**健康保険任意継続被保険者 資格喪失 任意脱退 申出書**」の届出が必要となります。

※上記(6)に該当した場合は、「**健康保険 埋葬料支給申請書**」に被保険者証を添付してご提出ください。

(参考) 資格喪失日の属する月以降の保険料を既に納付されている場合は、当該月以降の保険料は還付いたします。

令和6年4月～令和7年3月までの保険料率及び保険料額表

健康保険・介護保険 標準報酬月額 及び 保険料額表

在職中は、個人毎の収入に応じて保険料計算の元になる標準報酬月額が決まっています。退職後任意継続して健康保険に加入する場合は、退職時の標準報酬月額で計算します。

退職後、任意継続された場合の保険料は、左記の標準報酬月額に下記の率を掛けたものが、1ヶ月の保険料になります。
(40歳以上65歳未満の方は、介護保険料も合わせた額となります)

標準報酬		報酬月額		健康保険料	介護保険料
等級	月額	円以上	円未満	10.40%	1.60%
	千円			円	円
1	58	～	63,000	6,032	928
2	68	63,000	～ 73,000	7,072	1,088
3	78	73,000	～ 83,000	8,112	1,248
4	88	83,000	～ 93,000	9,152	1,408
5	98	93,000	～ 101,000	10,192	1,568
6	104	101,000	～ 107,000	10,816	1,664
7	110	107,000	～ 114,000	11,440	1,760
8	118	114,000	～ 122,000	12,272	1,888
9	126	122,000	～ 130,000	13,104	2,016
10	134	130,000	～ 138,000	13,936	2,144
11	142	138,000	～ 146,000	14,768	2,272
12	150	146,000	～ 155,000	15,600	2,400
13	160	155,000	～ 165,000	16,640	2,560
14	170	165,000	～ 175,000	17,680	2,720
15	180	175,000	～ 185,000	18,720	2,880
16	190	185,000	～ 195,000	19,760	3,040
17	200	195,000	～ 210,000	20,800	3,200
18	220	210,000	～ 230,000	22,880	3,520
19	240	230,000	～ 250,000	24,960	3,840
20	260	250,000	～ 270,000	27,040	4,160
21	280	270,000	～ 290,000	29,120	4,480
22	300	290,000	～ 310,000	31,200	4,800
23	320	310,000	～ 330,000	33,280	5,120
24	340	330,000	～ 350,000	35,360	5,440

※退職時の標準報酬月額が340千円以上の方は、340千円の保険料になります。

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	任意継続の資格取得日	年 月 日	記号番号	3000-
				任意継続の満了日	年 月 日	喪失時標準報酬月額	千円
						決定時標準報酬月額	千円

記入不要

記入例

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

	資格喪失時の健康保険被保険者証の記号番号	1234 - 1234	資格取得日	令和 20年 1月 1日	資格喪失日	令和 22年 1月 1日
個人番号(被保険者証の記号・番号を記入した場合は、不要です)						
申出者	資格喪失の際使用されていた事業所の所在地	〇〇府〇〇市〇〇区〇〇番地				
	名称	〇〇〇〇株式会社				
	氏名	(フリガナ) カンサイ タロウ 関西 太郎	生年月日	昭和 50年 12月 12日 平成 令和	性別	男・女
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇府〇〇市〇〇区〇〇〇番地				
	保険料の納付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 半期前納 <input type="checkbox"/> 全期前納 ※申出後、納付方法を変更する場合は速やかにご連絡ください。				

被保険者証の記号・番号を記入した場合は、記入の必要はありません。

健康保険 被扶養者届

■ 被扶養者認定時以外にも、個人番号(マイナンバー)を利用して、所得や年金から取得することができ、年末調整や確定申告は、提出年の1月1日時点でお住まいの市町村で行っていただく必要があります。1月1日時点と現住所欄にご記入ください。なお、大学生などの学生のかたは「学生証」(写し)を添付してください。

No.	氏名	生年月日	性別	続柄	職業	1カ月平均収入	同居別居の別
1	(フリガナ) カンサイ サクラ 関西 さくら	昭和 60年 12月 12日 平成 令和	男・女	妻	パート	5万 円	同居・別居
	提出年の1月1日の住所	同 上(申請者と同じ)・異なる場合は下の欄にご記入ください					
	〒 -	都道府県					
	個人番号(被保険者の在職時から被扶養者となっている場合は、不要です)						
	氏名	生年月日	性別	続柄	職業	1カ月平均収入	同居別居の別
	(フリガナ)	昭和 年 月 日 平成 令和	男・女			円	同居・別居
	提出年の1月1日の住所	同 上(申請者と同じ)・異なる場合は下の欄にご記入ください					
	〒 -	都道府県					
	個人番号(被保険者の在職時から被扶養者となっている場合は、不要です)						
3	氏名	生年月日	性別	続柄	職業	1カ月平均収入	同居別居の別
	(フリガナ)	昭和 年 月 日 平成 令和	男・女			円	同居・別居
	提出年の1月1日の住所	同 上(申請者と同じ)・異なる場合は下の欄にご記入ください					
	〒 -	都道府県					
	個人番号(被保険者の在職時から被扶養者となっている場合は、不要です)						

1月1日の住所が被保険者と同じであれば同様に○を、異なる場合は住所欄に記入してください。

この申出時に新たに加入される場合のみ必要となります。

無職・パート・学生等

パート・アルバイト・年金収入等

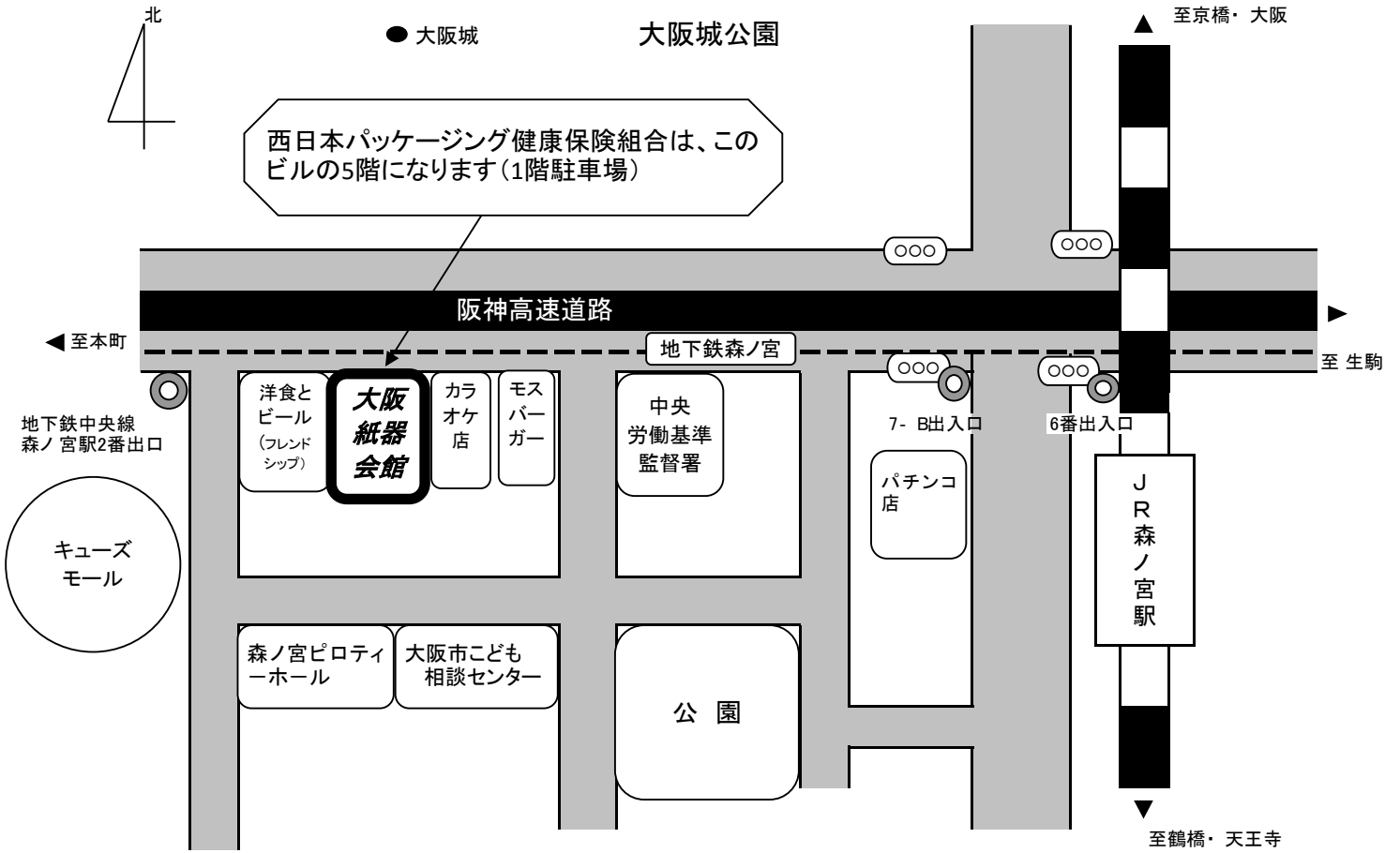
◎注意事項

1. この申出は、退職日まで継続して2ヶ月以上の被保険者期間があり、退職日の翌日から20日以内に行う必要があります。
2. 加入可能期間は最大2年間です。ただし「保険料を納付期限までに納付しなかったとき」「健康保険等の被保険者になったとき」「被保険者が死亡したとき」「被保険者が後期高齢者医療制度に加入したとき」は2年を経過する前に資格を喪失します。
3. その他扶養の事実を証明する書類を提出していただく場合がありますのでご了承願います。

受付年月日

案内図

西日本パッケージング健康保険組合
TEL 06-6941-4635
FAX 06-6944-0514
ホームページ <http://packagingkenpo.jp>



- ・ JR環状線森ノ宮駅より西へ徒歩3分
- ・ 地下鉄中央(鶴見緑地)線2番出口より東へすぐ

◎ は、地下鉄出入口です

○○○ は、信号機です