

【全国健康保険協会 千葉支部】

第20回 健康保険委員研修会

退職後の健康保険 「任意継続」について

《 H31.2.26：松戸商工会議所 / H31.3.13：千葉商工会議所 》

退職をされると今まで使用していた健康保険証は使用できなくなります。日本は国民皆保険制度を採用しているため、次の保険に加入しなくてはなりません。

退職後の健康保険制度へのご加入については、次の **3つの選択肢** があります。

- 1 国民健康保険に加入する
- 2 ご家族の健康保険に加入する（被扶養者となる）
- 3 健康保険を任意継続する

1 国民健康保険に加入する

国民健康保険の窓口は、お住まいの市区町村の国民健康保険の担当係となります。お手続きの詳細については、市区町村へお問い合わせください。

会社都合の退職の場合は軽減措置があります

倒産や解雇など会社都合の退職の場合は、「非自発的失業者への軽減措置」が適用され、保険料の負担が軽減されるケースもあるようです。詳細は市区町村へお問い合わせください。

2 ご家族の健康保険に加入する（被扶養者となる）

被扶養者となることを希望される場合は、ご家族の勤務先にご相談ください。
被扶養者となる場合は、ご自身の保険料負担はありませんが、被扶養者となる条件などについては、ご家族が加入されている健康保険によって異なります。

3 健康保険を任意継続する

お手続き先は、在職時に加入していた健康保険の保険者※となります。

※保険者とは健康保険を運営する団体（協会けんぽ、健康保険組合、共済組合など）のことをいいます

《加入先保険者の確認方法》

↓↓↓ 健康保険証をご覧ください ↓↓↓

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	00111
		平成26年 6月25日交付
	記号 21700023	番号 21
氏名	キウカイ 如 協会 太郎	
生年月日	平成 元年 5月 10日	
性別	男	
資格取得年月日	平成 26年 6月 1日	
事業所名称	〇〇 株式会社	
保険者番号	01010016	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	印

●保険者名称：全国健康保険協会 〇〇支部

→お手続き先は、住所地を管轄する協会けんぽ都道府県支部です。

●保険者名称：〇△健康保険組合

→お手続き先は、健康保険証に記載されている健康保険組合となります。お手続き方法等については直接健康保険組合にお問い合わせください。

加入条件

- 退職日（資格喪失日の前日）までに継続して2か月以上の被保険者加入期間があること

申請方法

- 退職日の翌日（資格喪失日）から20日以内※に住所地を管轄する協会けんぽ都道府県支部へ「任意継続被保険者資格取得申出書」を提出（必着）してください

※ 20日目が土日祝日の場合は翌営業日が提出期限となります

注) 窓口での健康保険証の即日交付は行っていませんので、郵送でのご提出をお願いいたします。

保険料

保険料は任意継続の資格を取得した日の属する月から発生します。
1カ月分の保険料は次のとおり計算します。

退職時の
標準報酬月額

×

都道府県支部
保険料率


=

保険料額

退職時の健康保険料（40歳～64歳の方は、介護保険料も含む）の2倍（本人負担分+事業主負担分）が目安金額です。
ただし、保険料には上限があります（次ページ参照）。

任意継続健康保険料について

- 退職時の標準報酬月額をもとに決定します。（原則、2年間保険料は変わりません。）

 ただし、上限があります 【平成31年3月まで】 → 280 千円
【平成31年4月から】 → 300 千円

例1) 標準報酬月額が200千円の方の保険料

$$200,000 \text{ 円} \times 9.81\% = \underline{19,620 \text{ 円}}$$

千葉支部の31年度健康保険料率で計算。40～64歳の方は上記に介護保険料（料率1.73%、3,460円）が加わります。

例2) 標準報酬月額が 500千円 の方の保険料（平成31年4月～）

 標準報酬の月額が300千円（平成31年4月から）のため、300千円で計算します

$$300,000 \text{ 円} \times 9.81\% = \underline{29,430 \text{ 円}}$$

千葉支部の31年度健康保険料率で計算。40～64歳の方は上記に介護保険料（料率1.73%、5,190円）が加わります。

保険料はどうやって決めるの？②

任意継続の保険料は退職時の標準報酬月額、年齢により決定します。

40歳未満および
65歳以上はこちらです
※平成31年3月まで
保険料率は9.89%

全国健康保険協会(協会けんぽ)の任意継続被保険者の方の保険料額
(平成31年4月分～)

(千葉県) (単位:円)

標準報酬		報酬月額		健康保険料	
等級	月額			介護保険第2号被保険者に該当しない場合	介護保険第2号被保険者に該当する場合
		円以上	円未満	9.81%	11.54%
1	58,000	~	63,000	5,689円	6,693円
2	68,000	63,000 ~	73,000	6,670円	7,847円
3	78,000	73,000 ~	83,000	7,651円	9,001円
4	88,000	83,000 ~	93,000	8,632円	10,155円
5	98,000	93,000 ~	101,000	9,613円	11,309円
6	104,000	101,000 ~	107,000	10,202円	12,001円
7	110,000	107,000 ~	114,000	10,791円	12,694円
8	118,000	114,000 ~	122,000	11,575円	13,617円
9	126,000	122,000 ~	130,000	12,360円	14,540円
10	134,000	130,000 ~	138,000	13,145円	15,463円
11	142,000	138,000 ~	146,000	13,930円	16,386円
12	150,000	146,000 ~	155,000	14,715円	17,310円
13	160,000	155,000 ~	165,000	15,696円	18,464円
14	170,000	165,000 ~	175,000	16,677円	19,618円
15	180,000	175,000 ~	185,000	17,658円	20,772円
16	190,000	185,000 ~	195,000	18,639円	21,926円
17	200,000	195,000 ~	210,000	19,620円	23,080円
18	220,000	210,000 ~	230,000	21,582円	25,388円
19	240,000	230,000 ~	250,000	23,544円	27,696円
20	260,000	250,000 ~	270,000	25,506円	30,004円
21	280,000	270,000 ~	290,000	27,468円	32,312円
22	300,000	290,000 ~		29,430円	34,620円

※平成31年3月までは、上限は28万円となります。

退職時の標準報酬月額をご覧ください。
30万円以上の場合は30万円の等級となります。

40歳から64歳までは
こちらです
(介護保険料が加わります)
※平成31年3月まで
保険料率は11.46%

納付方法

★毎月納付

《初回の保険料》

保険証と一緒に送ります。初回に限り “納付書に記載されている納付期限” までに納付してください。

※納付期限までに納付がないと、被保険者の資格が取消しになります。

《2回目以降》

毎月月初に納付書が送付されます。その月の10日までに納付してください。

※納付期限までに納付がないと、納付期限の翌日で資格喪失となります。

※10日が土日祝日の場合の納付期限は、翌営業日です。

【納付場所】

コンビニエンスストア、金融機関の窓口、金融機関のATM、ペイジーなど
(使用できない金融機関等がありますので、詳細は納付書の裏面をご確認ください。)

★口座振替

毎月ご指定の口座から引き落とす方法。別途「口座振替依頼書」の提出が必要となります。引き落としの手続きが完了するまで（概ね2～3ヶ月程度）は納付書で納付となります。納め忘れ防止にはなりますが、保険料の割引はありません。

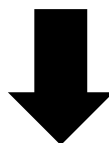
★前納制度

前納の申し出により保険料を一定期間分まとめて先払いすることができます。毎月納付の手間が省け、納め忘れの防止にもなります。また、保険料が割引になります。

注意点

●●●●
毎月保険料を納付期限までに納付することによって自ら継続する制度です。

- 納付期限までに納付がない場合、資格の喪失（取消）となり、喪失（取消）通知が届きます。
正当な理由（天災地変など）が認められない限り、納付期限を延長することはありません。
- 納付期限までに納付がなくても、協会けんぽから連絡（催促）はありません。
- 納付期限が過ぎた納付書は、使用できません。



保険料納付に厳しい制度の保険です。納付忘れのないようご注意ください。

加入期間

任意継続被保険者として加入できる期間は、**2年間** となります。

ただし、以下の理由に該当したときは、2年を経過する前であっても任意継続被保険者の資格を喪失します。

- 1 保険料を納付期限までに納付しなかったとき
- 2 就職等により、健康保険の被保険者となったとき
- 3 被保険者が亡くなられたとき
- 4 被保険者が75歳になったとき
(後期高齢者医療制度の被保険者となったとき)



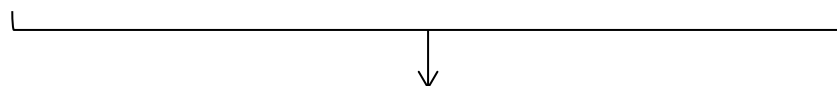
「国民健康保険に変更したい」「家族の健康保険の扶養に入りたい」等の理由で任意継続の資格を喪失することはできませんのでご注意ください。

退職後、次の健康保険を検討する際は、

「任意継続に加入した時」

と

「国民健康保険に加入した時」



必ず、保険料の比較をお願いします。



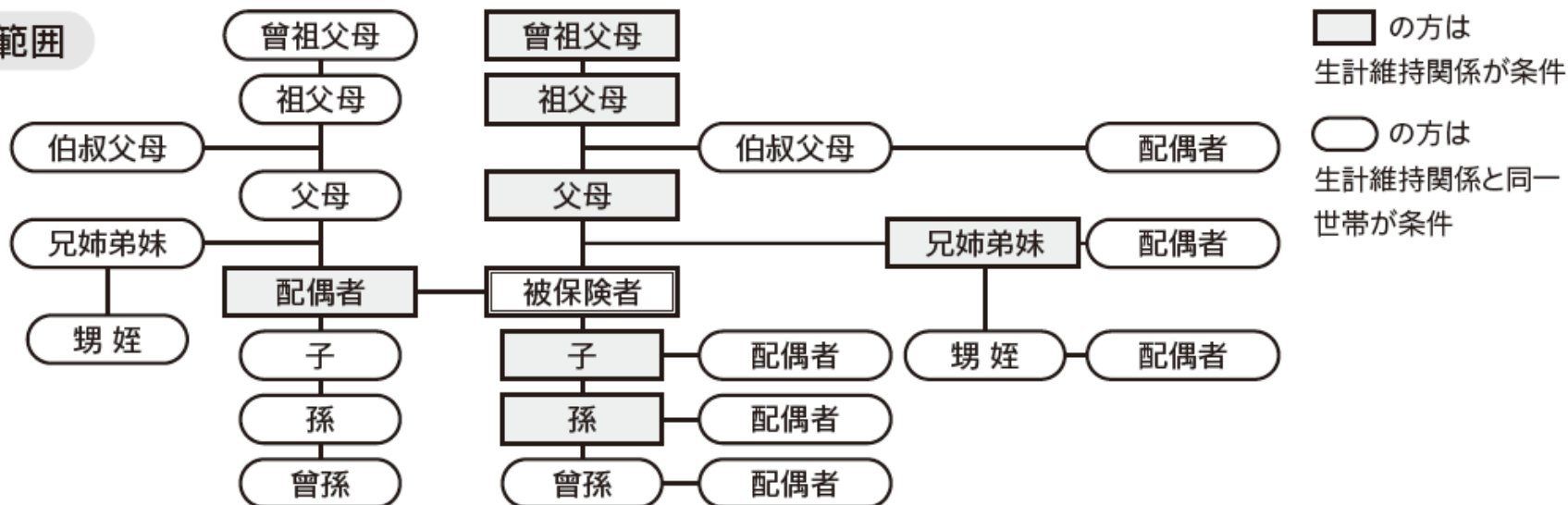
保険料について

- 国民健康保険は加入する世帯の人数や前年の所得などによって、保険料が決まります。また、会社都合退職の場合は保険料の軽減措置があります。
- 任意継続健康保険は、退職時の標準報酬月額をもとに保険料を決定します。原則、2年間保険料は変わりません（退職後の所得は保険料に反映されません）。

より有利な条件の保険へ加入されることをお勧めいたします

収入などの条件を満たせば、被保険者のご家族も被扶養者として任意継続健康保険に加入することができます。

被扶養者の範囲



基準収入額

下記の金額を超えている場合は、扶養の認定ができません。

- ◆60歳未満：年間収入130万円（日額3,612円）未満
- ◆60歳以上：年間収入180万円（日額5,000円）未満

※失業給付、傷病手当金や出産手当金も収入になります。

給付金額の日額が扶養認定の基準収入日額より高い方は、給付金受給中の扶養認定はできません。

被扶養者となるには、要件を満たしていることを証明する下記の書類が必要となります。

！ 平成30年10月より、被扶養者を申請する際に添付いただく書類が変更となっております ！

収入を証明する書類

年間収入が「130万円未満（注1）」であることが確認できる（非）課税証明書等の書類

※16歳未満の場合は、添付を省略できます。

※16歳以上の場合は、学生であっても非課税証明書などの収入が確認できる書類の添付が必要です。

注1) 60歳以上または障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者である場合は、年間収入が180万円未満となります。

続柄を証明する書類

戸籍謄（抄）本、または続柄の記載された世帯全員の住民票（注2）

※在職時より引き続き扶養家族となる場合は添付を省略できます。

注2) 住民票は、被保険者（本人）と扶養認定を受ける方が同居している場合に限りです

同居していることを証明する書類

世帯全員が記載された住民票

※在職時より引き続き扶養家族となる場合、添付を省略できます。

仕送り額の確認できる書類（別居の場合）

振込の場合：預金通帳の写し

送金の場合：現金書留の控え（写し）

※16歳未満または16歳以上の学生の場合、添付を省略できます。

扶養認定の際の添付書類について②

被扶養者として認定する際に必要な添付書類を一覧にまとめると次のようになります。

	<u>在職時より引き続き</u> 扶養家族となる場合	<u>新たに</u> 扶養家族となる場合
被保険者（本人）と同居している	① 収入を証明する書類（※1） 所得証明書、非課税証明書 など	① 身分関係（続柄）を証明する書類 戸籍謄（抄）本または続柄の記載された世帯全員の住民票 ② 収入を証明する書類（※1） 所得証明書、非課税証明書 など ③ 同居していることを証明する書類 世帯全員が記載されている住民票
被保険者（本人）と別居している	① 収入を証明する書類（※1） 所得証明書、非課税証明書 など ② 仕送り額の確認できる書類（※2） 振込の場合：預金通帳等の写し 送金の場合：現金書留の控え（写し）	① 身分関係（続柄）を証明する書類 戸籍謄（抄）本 ② 収入を証明する書類（※1） 所得証明書、非課税証明書 など ③ 仕送り額の確認できる書類（※2） 振込の場合：預金通帳等の写し 送金の場合：現金書留の控え（写し）

（※1）収入を証明する書類は、16歳未満の場合省略できます（16歳以上の場合は学生であっても必要となります）

（※2）仕送り額の確認できる書類は、16歳未満の場合または16歳以上の学生の場合省略できます



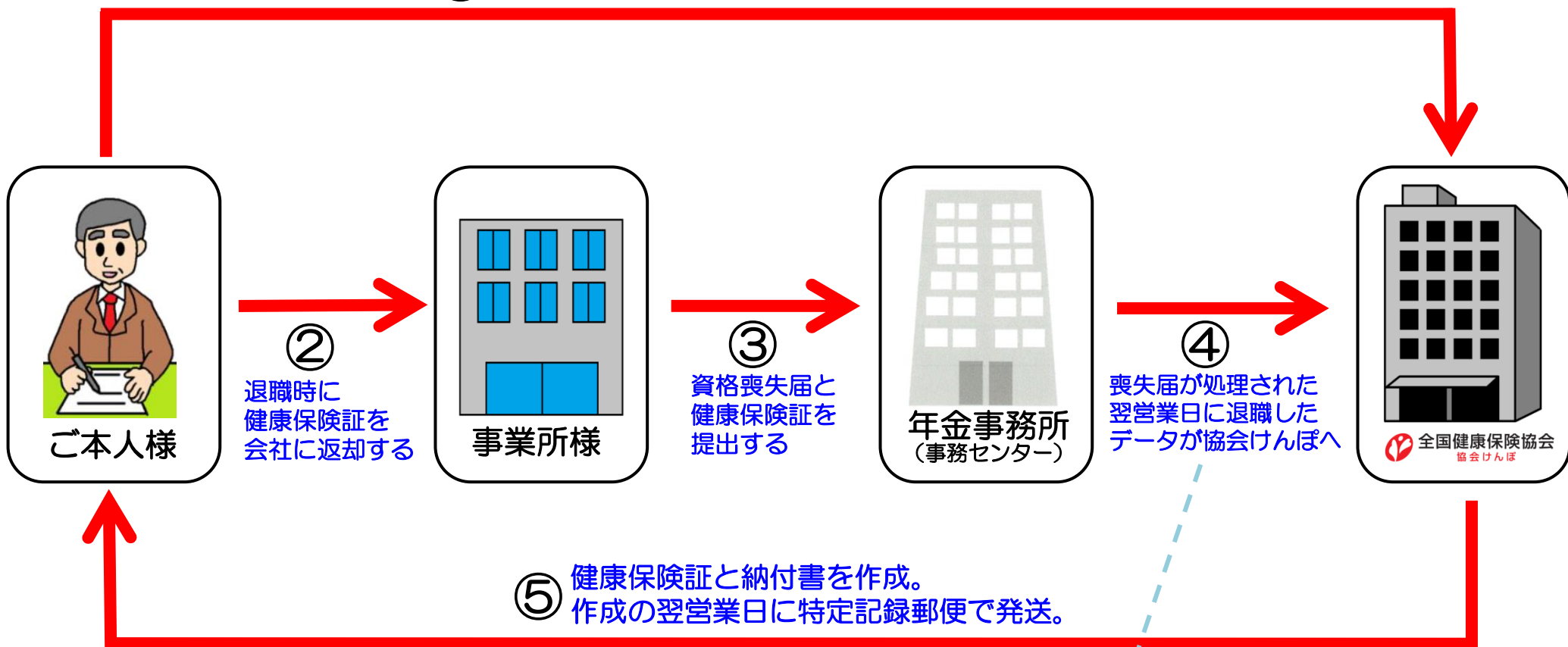
注）必要に応じて、上記以外の書類の提出をお願いする場合があります。

収入を証明する書類は、原則として市区町村が発行する(非)課税証明書 となりますが、退職等により現在の収入に変更があった場合は、下記の書類を提出してください。

《収入を証明する書類について》

現在の収入状況		添付書類
①	会社を退職した場合	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> 離職票 <input type="checkbox"/> 喪失連絡票 ※雇用保険を受給している期間は、原則、被扶養者となることができません } → いずれか1つの写しを添付
②	パート勤めをしている場合 ※収入減など、現在は収入の要件をみたます場合	<input type="checkbox"/> 給与明細直近3か月分(写し) <input type="checkbox"/> 給与証明書 } → いずれか1つ添付
③	自営業をしている場合	◎確定申告の収支内訳書の写し(収入と経費の記載があるもの)
④	不動産収入など雑収入がある場合	◎確定申告の収支内訳書の写し(収入と経費の記載があるもの)

① 任意継続資格取得申出書を協会けんぽに郵送

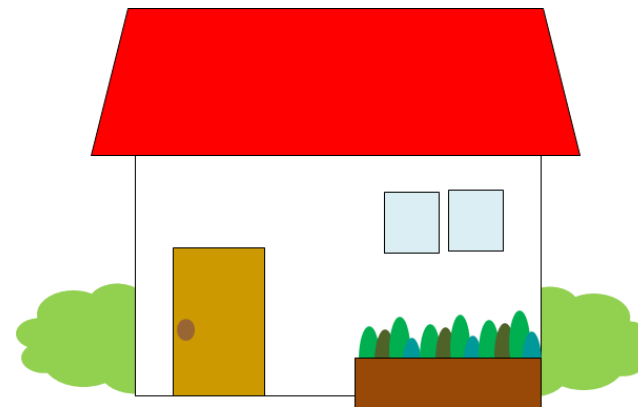
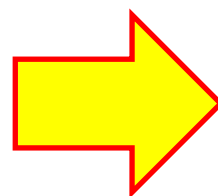


任意継続の健康保険証は、年金事務所のデータ処理が行われた翌営業日に初めて作成することができます！

任意継続の健康保険証（正式名称：被保険者証）は、ご自宅に直接郵送いたします。

《見本》

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	00111
	平成26年 6月 1日交付	
	記号 50000023 番号	40
氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	
生年月日	平成 元年 5月 10日	
性別	男	
資格取得年月日	平成 26年 6月 1日	
	任意継続被保険者	
	資格喪失予定年月日 平成28年 6月 1日	
保険者番号	0101100116	
保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部	
保険者所在地	○○市○○区○○町○-○-○	印



⚠ 送付方法は“特定記録郵便”です。

ポストに投函した日時を郵便局が証明してくれる郵便です。受取の際の押印は必要ありません。



⚠ 納付書も同封しています。納付期限までに納付をお願いします。

○ 「資格喪失届」は、退職後早急に年金事務所（事務センター）へ提出してください。

本人が早く任意継続の資格取得届を提出しても、会社から資格喪失届の提出がない限り健康保険証を作成することができません。

○ 退職者の健康保険証は必ず回収してください。

資格喪失届の提出には、健康保険証の添付が必要です。添付できない場合には「健康保険被保険者証回収不能届」を併せてご提出ください。

ご家族含めて健康保険証が使用できるのは「退職日まで」です。退職後も健康保険証を使用すると「資格喪失後の受診」として、協会けんぽが負担した医療費を後日ご本人へ請求させていただきます。

○ 退職者に資格喪失証明を交付してください。

国民健康保険に加入する方は“資格喪失日が確認できる書類”が必要です。様式は各市区町村で準備しているところもありますので、証明の交付をお願いいたします。年金事務所に提出した資格喪失届の控えでもOKです。

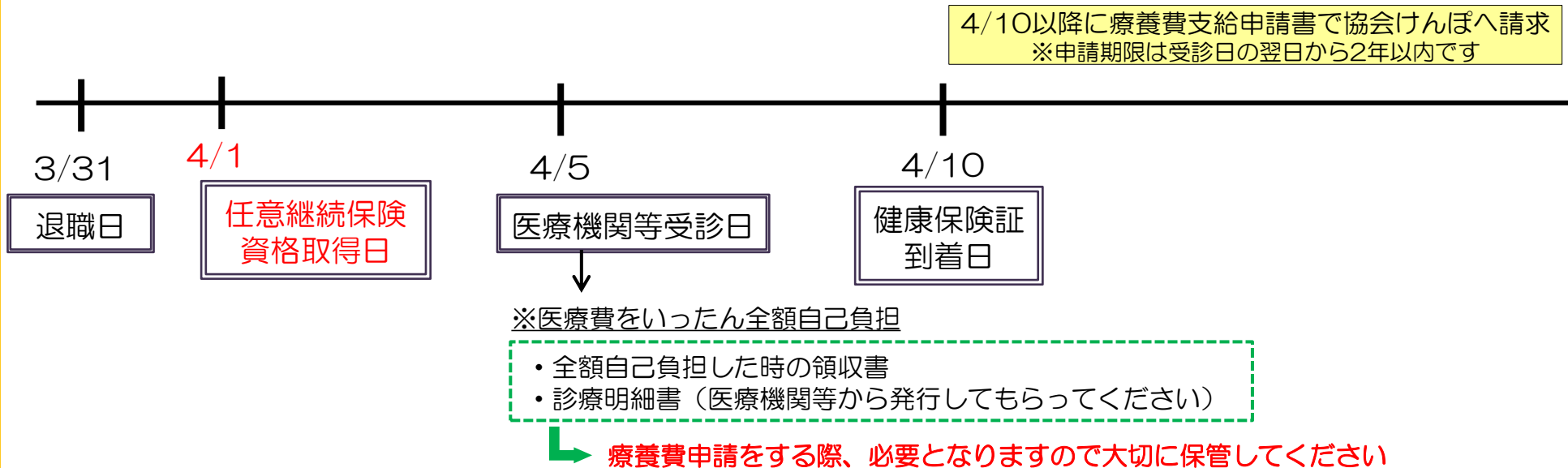
協会けんぽでは任意継続の方以外の“資格に関する証明の交付はできません”ので、ご注意ください。

Q. 任意継続の保険証が届くまでに、医療機関等で受診する場合はどのようにすればよいですか？

任意継続保険の**資格取得日は退職日の翌日**になります。
(健康保険証が手元に届くまでに時間がかかった場合でも、資格の空白期間はありません)

健康保険証が届く前に医療機関等を受診する場合には、原則、**医療機関の窓口でいったん全額をお支払することになります**。健康保険証が届きましたら「療養費支給申請書（立替払等）」でご請求いただくことで、後日、協会けんぽ負担分をお返しいたします。

(例) 任意継続資格取得日：4月1日 医療機関等受診日：4月5日 健康保険証手元到着日：4月10日



「任意継続被保険者資格取得申出書」について

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書
申出者記入用
取

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 記入の手引き」をご確認ください。
 申出書は、箱書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 01123456789アイウ

申出者情報	勤務していた時に使用していた被保険者証の発行都道府県	支部	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	勤務していた時に使用していた被保険者証の(左づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成				
	氏名・印				印		性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所 (〒 -)		郵便		府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)		TEL ()						
	勤務していた事業所の名称		所在地						
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)		平成 年 月 日						
保険料の納付方法について、希望する番号をご記入ください。					「口座振替」を希望される方は、別途「口座振替依頼書」の提出が必要です。				
<input type="checkbox"/> 1. 口座振替(毎月納付のみ) <input type="checkbox"/> 2. 毎月納付 <input type="checkbox"/> 3. 6か月前納 <input type="checkbox"/> 4. 12か月前納									

健康保険 被扶養者届【資格取得時】 ※任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となる方についてご記入ください。
 ※資格取得日の翌日以降に被扶養者となる方は、別途「被扶養者(異動)届」をご提出ください。

氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。						万円

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号 協会使用欄

200110 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

(1/1)

任意継続への加入を希望される場合は、退職後20日以内に『**健康保険任意継続被保険者資格取得申出書**』を住所地を管轄する協会けんぽ都道府県支部に提出してください。

申出書は協会けんぽホームページからダウンロードできます。また、協会けんぽ千葉支部までご連絡いただければ郵送いたします。

《協会けんぽホームページ》

協会けんぽ

検索

《協会けんぽ千葉支部》

Tel 043 (308) 0521

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 申出者記入用 取

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 記入の手引き」をご確認ください。
申出書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

1	申出者情報	勤務していた時に使用していた被保険者証の発行都道府県 東京 支部		生年月日 年 月 日
	勤務していた時に使用していた被保険者証の(左づめ) 記号 番号	5 4 0 3 0 0 1 3 2 1	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5 4 1 0 1 1
2	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保太郎 健保	自署の場合は押印を省略できます。	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 000 - 0000) 千葉 部 道府 〇〇市 〇〇 1-1 TEL 090 (XXXX) XXXX	△△マンション202	
3	勤務していた事業所の	名称 〇×△ 株式会社 所在地 東京都 〇〇区 ×× 3-4-5		
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 30 年 4 月 1 日		
4	保険料の納付方法	保険料の納付方法について、希望する番号をご記入ください。 1. 口座振替(毎月納付のみ) 2. 毎月納付 3. 6か月前納 4. 12か月前納		
		2 「口座振替」を希望される方は、別途「口座振替依頼書」の提出が必要です。		

① ご返却等により健康保険証（被保険者証）の記号番号が不明な場合は空欄でかまいません。

② ご記載のご住所に健康保険証をお送りします。住所は正確にご記入ください。

③ 資格喪失年月日 = 退職日の翌日 です。

④ 保険料の納付方法をご選択ください。記入漏れの場合は「毎月納付」となります。

健康保険 被扶養者届【資格取得時】 ●任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方についてご記入ください。
●資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」をご提出ください。

氏名		生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
(フリガナ)ケンポ	ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 56年 11月 21日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	主婦	0 万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ)ケンポ	ジロウ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 14年 3月 13日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	子	○×高校 2年生	0 万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)

マイナンバー: 123456789012 (妻), 987654321012 (子)

配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号: 200110 協会使用欄: 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

⑥

⑤

④

④ 被扶養者となる方のマイナンバーは必ず記入が必要です。

⑤ 16歳以上の方は職業欄もご記入ください。(学生の場合は学校名・学年をご記入ください)

⑥ 被保険者のマイナンバーをご記入いただいた場合、本人確認書類の提出が必要となります。

-引き続き-

傷病手当金（出産手当金）の事業主証明欄の
記入方法やポイントにつきまして
お手元の資料で説明させていただきます。