

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内をご記入ください。

◎この申請書は裏面の注意事項をご参照のうえ作成・ご提出ください。	① 資格喪失時の健康保険被保険者証	記号	番号	② 申請者の氏名	フリガナ			男・女	
					生年月日	昭・平	年		月
	③ 個人番号 (マイナンバー)								
	④ 申請者の住所 電話番号	住民票住所	フリガナ 〒 —						
		居所	フリガナ 〒 —						
		電話番号	自宅	()	携帯	()			
	⑤ 資格喪失時の事業所 (会社)	名称							
		所在地							
		保険証の返納状況	返納済	・	未返納※	※未返納の場合は、この申請書を提出する前に必ずご連絡ください。 業務第一部 TEL03-3862-5101 (自動音声案内①)			
	⑥ 資格喪失日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	⑦ 被扶養者の状況	有※	・	無

※電話番号については、お問合せすることもありますので、忘れずにご記入ください。

~~~~~ 当健保組合記入欄(以下は記入しないでください) ~~~~~

|                         |                                                                                                                                                                                                   |                  |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 資格取得年月日                 | 資格喪失年月日                                                                                                                                                                                           | 介護保険該当者(年度途中を含む) |
| 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 | 令和<br>年 月 日                                                                                                                                                                                       | 該当 ・ 非該当         |
| 資格喪失時の標準報酬月額            | 決定標準報酬月額                                                                                                                                                                                          | 保険料月額            |
| 千円                      | 千円                                                                                                                                                                                                | 円                |
| 備考                      | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 1.2em;">受付印</span> </div> |                  |

## <注意事項>

～別添の「あらまし」をあわせてご留意のうえご申請ください～

1. この申請書は、**資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内**にご提出(当健康保険組合受付)ください。
2. 住民票住所と居所についてそれぞれ記入してください。  
住民票住所と居所が同じ場合は、居所の記入は不要です。
3. 40歳～65歳未満(介護保険の第2号被保険者)の方は健康保険の一般(基本・特定)保険料・調整保険料に併せて介護保険料も納付する必要があります。それ以外の方は健康保険の一般(基本・特定)保険料・調整保険料のみ納付することになります。  
※ 保険料は、在職の時と異なり、**全額自己負担**することになります。
4. 初めて納付すべき保険料は、原則**資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内**にご納付ください。  
納付の際に、振込依頼人欄に資格喪失時の保険証の記号と番号を氏名の前に入力してください。  
※ 申請書の受付日によっては2ヵ月分の保険料の納付をしていただく場合があります。  
※ 申請手続き以降の保険料は、毎月10日(納付書の納付期限)までにご納付ください。
5. 保険料の納付忘れによる資格喪失を防ぐためや、保険料が割引される前納制度もありますので、ご希望の方は、申請時にお申し出ください。(詳しくは「あらまし」をご覧ください。)
6. 被扶養者がいる時は、「被扶養者(異動)届」並びに証明書類(収入に関する証明、在学証明書等)を併せてご提出ください。
7. 75歳(65歳以上の障がい者)になると、後期高齢者医療制度に加入し、任意継続被保険者の資格を喪失することとなります。
8. 保険料の金額などご不明な点については、業務第一部適用課へお問合せください。

### 納付先

銀行名 : 三井住友銀行  
支店名 : 浅草橋支店  
預金種目 : 普通  
口座番号 : 6866544  
口座名義 : 東京化粧品健康保険組合  
(トウキョウケシヨウヒンケンコウホケンクミアイ)

### 送付先

〒111-8668  
東京都台東区柳橋1-1-5  
東京化粧品健康保険組合  
業務第一部 適用課  
TEL03-3862-5101(自動音声案内①)

## 「健康保険 任意継続被保険者」を 希望される方へ

東京化粧品健康保険組合

### 任意継続被保険者制度

退職後に最長2年間まで、ご自身が保険料を納付することで当健保組合に引き続き加入できる制度です。在職時と同様に、保険給付等（傷病手当金・出産手当金は除く）を受ける事ができ、健診（年度内1回）・保養施設の利用・各種イベント等への参加もできます。

**※保険料は、在職時とは異なり事業主負担分がなくなるため、全額自己負担となります。**

なお、下記に該当した場合は健康保険法第38条により、任意継続被保険者資格を喪失します。

- ①最長2年の加入期間が経過、または75歳に到達したとき
- ②被保険者が死亡したとき
- ③保険料の納付期日までに保険料を納めなかったとき
- ④新たに就職し健康保険の被保険者になったとき
- ⑤船員保険の被保険者になったとき
- ⑥65歳以上75歳未満の方で障がいにより後期高齢者医療広域連合の認定を受けた場合
- ⑦任意で資格喪失の申出をしたとき

※加入した日と資格を喪失した日が同月の場合は、その月の保険料が必要となります。

### 【保険給付等・健診についての注意事項】

- 出産手当金・傷病手当金は支給されません。**（それ以外の法定給付・付加給付は在職中と同様に支給されます）
- ※但し、資格喪失後の継続給付に該当する場合、出産手当金と傷病手当金は支給されます。**
- 任意継続被保険者の資格取得および転職により、健康保険被保険者証の記号・番号が変更した場合でも、当健保組合の健診は年度内に1人1回のみを受診となります。**

### 加入要件

資格を喪失した日の前日まで継続して、2か月以上被保険者期間が必要となります。

### 手続き方法 ※必ず退職日の翌日から20日以内（書類は当健保組合必着）にお手続きください。

- ① 保険料を当健保組合 業務第一部へお問合せください。  
TEL：03-3862-5101（自動音声案内①）（平日9時～17時）  
※前納制度（右記参照）をご希望の場合、あわせてその旨もお伝えください。
- ② 下記書類を当健保組合にご送付ください。  
・任意継続被保険者 資格取得申請書  
※被扶養者の申請がある場合は、届出書および証明書類が別途必要となります。
- ③ 下記口座に保険料をご入金ください。  
銀行名：三井住友銀行  
支店名：浅草橋支店  
預金種目：普通  
口座番号：6866544  
口座名義：東京化粧品健康保険組合(トウキョウケシヨウヒンケンコウホケンミアイ)  
※振込手数料がご本人負担となりますので、ご了承ください。また、振込手数料につきましては、各銀行にご確認願います。

### 保険料の算定方法

右の表に基づき保険料が算定されます。  
なお、40歳以上65歳未満（介護保険の第2号被保険者）の方は介護保険料も必要となります。

| 退職時の標準報酬月額 | 任意継続としての標準報酬月額 |
|------------|----------------|
| 830千円以下    | 退職時の標準報酬月額     |
| 880千円以上    | 880千円          |

### 【健康保険料】

<例1>退職時の標準報酬月額が830千円の場合

830千円 × 106/1000（率）＝87,980円（1か月分）

→退職時の標準報酬月額（830千円）が適用となります。

<例2>退職時の標準報酬月額が980千円の場合

880千円 × 106/1000（率）＝93,280円（1か月分）

→880千円が適用となります。

### 【介護保険料】

<例>退職時の標準報酬月額が980千円の場合

880千円 × 16.0/1000（率）＝14,080円（1か月分）

→880千円が適用となります。

### 保険料

次月からは同封の納付書を使用して、納付書記載の各月の納付期限までに必ずご納付ください。

◆納付期限 … **毎月10日納付扱いまで**（土・日・祝日の場合、金融機関の翌営業日扱い）

<例>令和6年8月分保険料の納付期限 → 令和6年8月13日（火）

※**期限までに納付がない場合は、翌日から任意継続被保険者の資格を喪失します。**

<例>令和6年8月分保険料未納の場合→ 令和6年8月14日資格喪失

※当健保組合が正当な事由（天災地変、交通・通信関係の遮断等に限る）があると認めた場合を除き、保険料の納付の遅延は認められません。

### ～保険料の前納制度について～

あらかじめ下記の【納付単位】で一括して保険料を納付できる制度です。

納付忘れを防ぐことができます。また、保険料は年利4%の複利原価法で割引されています。

### 【納付単位】

- 1年
- 前期6か月（4～9月）
- 後期6か月（10～翌年3月）

但し、上記期間の途中で新規に資格取得する場合は、その期間において前納ができます。

<例>11月に任意継続の被保険者資格を取得する場合

11月分（通常の1か月分） + 12月～翌年3月分（前納分）

<お問合せ先>TEL：03-3862-5101

- 任意継続のお手続き・保険料等について 業務第一部（自動音声案内①）
- 保険給付等について 業務第二部（自動音声案内②）
- 健診・保養施設・各種イベント等について 保健事業部（自動音声案内④）

※記載内容については、法改正その他により変更される場合があります。

法改正や最新の情報はホームページ(<http://www.tkkenpo.or.jp/>)にてお知らせしております。