

健康保険任意継続の手続き

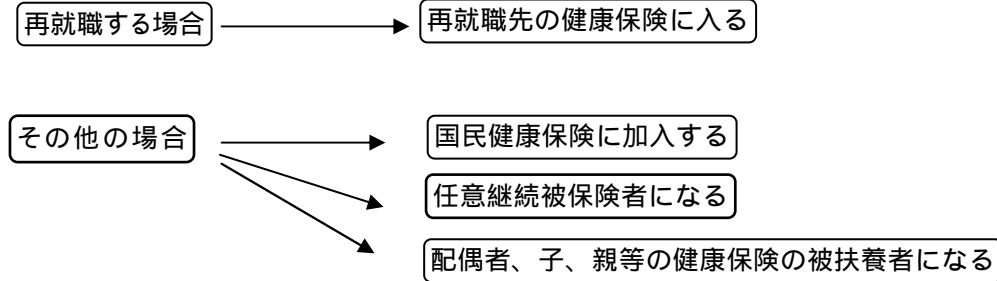
(退職後の健康保険の手続きについて)

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 <http://packagingkenpo.jp>

平成23年4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。



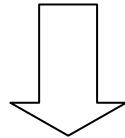
西日本パッケージング健康保険組合

〒540-0003
 大阪市中央区森ノ宮中央1丁目16番16号
 大阪紙器会館5階
 TEL 06-6941-4635 FAX 06-6944-0514

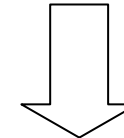
配偶者、子、親等が加入している保険者にお問い合わせください。

手続きの前に下記4の保険料を比較してみてください。

	【 】国民健康保険	【 】任意継続被保険者
1. 窓口	各市区町村役場の国民健康保険課	当健康保険組合
2. 加入できる人	自営業者、無職の人等	退職日までの健康保険加入期間が継続して2ヶ月以上
3. 申請できる期間	退職日の翌日から14日以内	退職日の翌日から20日以内 【保険料、申出書必着】 (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)
4. 保険料	前年度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、解雇及び雇い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。	全額自己負担となります 詳細は『別紙1』参照
5. 加入できる期間	——	2年間
6. 治療を受けた場合の一部負担割合	70歳未満3割(ただし小学校入学前までは2割) 70歳以上2割(平成24年3月までは1割)・・・ただし現役並所得者は3割	左に同じ



市区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

任意継続被保険者の手続き（申請は退職日の翌日から20日以内です）

1. 必要なもの

(1)	保険料(1ヶ月分) 又は 前納保険料	(保険料の詳細は『別紙1』参照)
(2)	認印	
(3)	『健康保険任意継続被保険者資格取得申出書』（「記入例」をご参照ください）	
(4)	『身分証明書』	当健康保険組合の窓口で手続の場合

(1)の保険料について

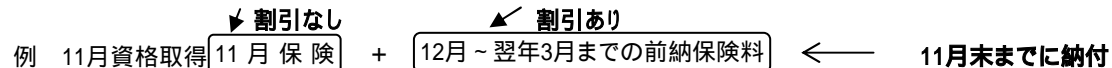
原則、初回の保険料は資格を喪失した月の分を当日ご持参ください。

(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、当組合までお問い合わせ下さい。



2. 手続方法

(1) 窓口来所による手続

上記申請書等を記入後、窓口へ提出し、初回保険料を支払います。

(2) 郵送による手続

必要事項を記入した上記申請書等と初回保険料を現金書留で当健康保険組合に退職日の翌日から20日以内(必着)に郵送してください。

3. 次に該当する場合は、任意継続の保険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(各月10日まで)

(3) 就職した時 → 就職先保険証写し及び当組合保険証を当組合に送付

(4) 死亡した時 → 死亡診断書又は埋葬許可書写しを当組合に送付

(5) 75歳になった時

資格喪失通知書をご本人に送付

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。

別紙 1

平成23年4月～平成24年3月までの保険料率

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歳未満は、介護保険料も合わせた額となります)

標準報酬		標準報酬月額	
等級	月額		
	千円	円以上	円未満
1	58	~	63,000
2	68	63,000	~ 73,000
3	78	73,000	~ 83,000
4	88	83,000	~ 93,000
5	98	93,000	~ 101,000
6	104	101,000	~ 107,000
7	110	107,000	~ 114,000
8	118	114,000	~ 122,000
9	126	122,000	~ 130,000
10	134	130,000	~ 138,000
11	142	138,000	~ 146,000
12	150	146,000	~ 155,000
13	160	155,000	~ 165,000
14	170	165,000	~ 175,000
15	180	175,000	~ 185,000
16	190	185,000	~ 195,000
17	200	195,000	~ 210,000
18	220	210,000	~ 230,000
19	240	230,000	~ 250,000
20	260	250,000	~ 270,000
21	280	270,000	~ 290,000
22	300	290,000	~ 310,000
23	320	310,000	~

健康保険料	事業主		被保険者	
	9.10%	4.80%	4.30%	
	円	円	円	
5,278	2,784	2,494		
6,188	3,264	2,924		
7,098	3,744	3,354		
8,008	4,224	3,784		
8,918	4,704	4,214		
9,464	4,992	4,472		
10,010	5,280	4,730		
10,738	5,664	5,074		
11,466	6,048	5,418		
12,194	6,432	5,762		
12,922	6,816	6,106		
13,650	7,200	6,450		
14,560	7,680	6,880		
15,470	8,160	7,310		
16,380	8,640	7,740		
17,290	9,120	8,170		
18,200	9,600	8,600		
20,020	10,560	9,460		
21,840	11,520	10,320		
23,660	12,480	11,180		
25,480	13,440	12,040		
27,300	14,400	12,900		
29,120	15,360	13,760		

介護保険料	事業主		被保険者	
	1.50%	0.75%	0.75%	
	円	円	円	
870	435	435		
1,020	510	510		
1,170	585	585		
1,320	660	660		
1,470	735	735		
1,560	780	780		
1,650	825	825		
1,770	885	885		
1,890	945	945		
2,010	1,005	1,005		
2,130	1,065	1,065		
2,250	1,125	1,125		
2,400	1,200	1,200		
2,550	1,275	1,275		
2,700	1,350	1,350		
2,850	1,425	1,425		
3,000	1,500	1,500		
3,300	1,650	1,650		
3,600	1,800	1,800		
3,900	1,950	1,950		
4,200	2,100	2,100		
4,500	2,250	2,250		
4,800	2,400	2,400		

当組合の全被保険者の標準報酬を平均した月額は、平成23年4月現在320千円です。よって退職時の標準報酬月額320千円以上の方は、320千円の保険料になります。

常務理事	事務長	係長	係長	係	任意継続の 資格取得日	年 月 日	記号番	3000
					任意継続の 満了予定日	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	昭和 平成	20年 1月 1日	資格喪失日	平成	22年 1月 1日
資格喪失の際、使用されてい た事業所の	所在地	府 市 区 町 番地					
	名称	株式会社					
申出者の	氏名	(フリガナ) カンサイ タロウ 関西 太郎	生年月日	昭和 平成	50年 12月 12日	性別	男・女
	住所	〒 府 市 区 番地 TEL ()					
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。						

健康保険 被扶養者届

被扶養者の届出を行う場合、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ください。

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) カンサイ サクラ 関西 さくら	昭和 平成	60年 12月 12日	男・女	妻	パート	5万 円
(フリガナ)	昭和 平成	年 月 日	男・女			円
(フリガナ)	昭和 平成	年 月 日	男・女			円
(フリガナ)	昭和 平成	年 月	長男・義母等	無職・パート・学生等		円

パート・アルバイト・年金収入等

注意事項

- この申出は、退職日までに継続して2ヶ月以上の被保険者期間があり、退職日の翌日から20日以内に行うことが必要です。
- 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。
- 倒産、解雇及び雇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、お住まいの市町村の国民健康保険課へお問い合わせのうえ、任意継続被保険者となった場合の保険料と比較されることをお勧めします。

受付年月日

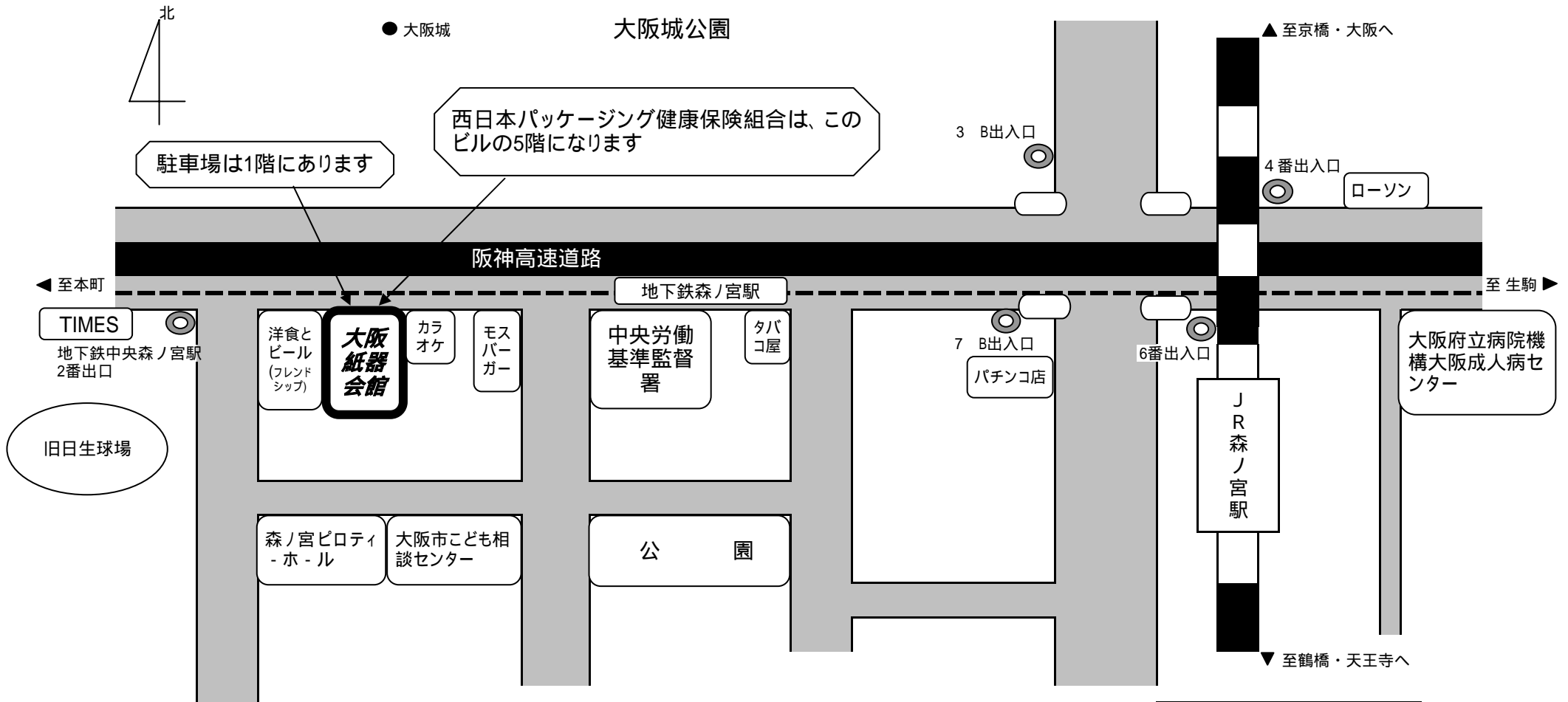
案内図

〒540-0003



大阪市中央区森ノ宮中央1丁目16番16号(大阪紙器会館5階)

TEL 06-6941-4635

FAX 06-6944-0514



- ・ 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