

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

退職後の健康保険は、任意継続以外に、「国民健康保険に加入」、「被扶養者となる」等の選択肢があり、それぞれ支払う保険料や各種補助制度等に違いがあります。  
私は上記の違いを理解した上で任意継続を選択します

ご署名 \_\_\_\_\_

※ご署名後、以下のご記入をお願いします。

次の事をよくお読みいただき、必要事項をご記入の上申請してください。

○任意継続被保険者資格取得要件

- ①資格喪失し、喪失日の前日（退職日）まで継続して2ヵ月以上被保険者であった方。
- ②資格喪失後20日以内に、この申請書で健保組合へ申請し、初回保険料を納付できる方。

○保険料について

- ①任意継続被保険者の保険料は、退職時の標準報酬月額(2年間適用)又は当組合被保険者の平均標準報酬月額のどちらか低い方に保険料率を乗じた額です。（在職中は、事業主負担がありました任意継続被保険者は全額を本人が負担することになります。）

○手続き方法

- ①この申請書を健保組合へ送付してください。
- ②初回保険料を下記口座へお振込みください。（振込手数料はご負担くださいますようお願いいたします）

三菱UFJ銀行 大津町支店 普通 1073041 名義：トヨタ販売連合健康保険組合

※2回目以降の保険料納付方法のご案内は、任意継続被保険者証の送付時に同封いたします。

※再就職等により、任意継続被保険者資格を喪失する場合は、ただちに健保組合へご連絡ください。

太枠の中は記入しないでください

990		年 月 日付取得	等級 ( 千円) 保険料	円
健康保険被保険者の記号および番号		※	退職時の標準報酬月額	千円
被保険者名			生年月日	昭和 年 月 日 平成
住所			電話番号	携帯： 自宅：
資格取得年月日	昭和 年 月 日 平成 令和	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日 令和	
退職時の事業所名	名称			
健保組合からの給付金等の振込先 ※任意継続保険料の引落とし手続きではございません	金融機関コード	店舗コード	種別	口座番号
	銀行		普通	名義(原則被保険者本人) (カナで記入)
	支店		当座	
信金		貯蓄		
被扶養者	被扶養者がいる場合は、次の欄に必要事項を必ず記入してください。			
	氏名	続柄	生年月日	収入状況 (有無どちらか一方に○)
			昭和・平成・令和 年 月 日	有 勤労収入 万円/年 無 学生 年金・恩給 無 無職
			昭和・平成・令和 年 月 日	有 勤労収入 万円/年 無 学生 年金・恩給 無 無職
			昭和・平成・令和 年 月 日	有 勤労収入 万円/年 無 学生 年金・恩給 無 無職

※個人番号の記載可

~~~~~ 交付印 ~~~~~

# 退職後の健康保険について

退職した翌日からトヨタ販売連合健康保険組合の資格を喪失しますので、何らかの健康保険に加入しなければなりません。  
再就職をされない方（又は再就職先に健康保険が無い方）は、次のいずれかから選択することになります。  
保険料・付加給付・保健サービス等がそれぞれ異なりますのでそれらを総合的に考慮して、自分に合った健康保険を選択してください。

| 退 職   |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                      |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | 当組合の任意継続                                                                                                                                                                          | 国民健康保険に加入                                                                                                                                                                                                                                       | 家族の被扶養者となる                                                                                           |
|       | ①                                                                                                                                                                                 | ②                                                                                                                                                                                                                                               | ③                                                                                                    |
| 加入の条件 | <ul style="list-style-type: none"> <li>退職前に継続して2ヵ月以上被保険者であった方</li> <li>退職後20日以内に当組合に申請した方</li> </ul>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>退職後14日以内にお住まいの市区町村役場にて手続きが必要</li> </ul>                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>認定基準を満たす必要があるため、ご家族が加入されている健保組合にお問合せをし、手続きをしてください。</li> </ul> |
| 保 険 料 | <ul style="list-style-type: none"> <li><u>原則2年間同じ</u>（平均月額・保険料率の変更がある場合を除く）</li> <li>※保険料は、在職時は事業主負担がありましたが、全額自己負担となります。退職時の標準報酬月額と当組合被保険者の平均標準報酬月額のどちらか低い方に保険料率を乗じます。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>市区町村役場にてご確認ください</li> <li>※保険料は前年の所得（1月～12月）をもとにして決められた市県民税と家族の人員で決まり、<u>毎年4月分から変更</u>します。（正確な金額は6月頃分かります。）</li> <li>※退職等で前年より収入が大幅に減少しそうな場合は、保険料の減免が受けられる市区町村もあります。詳しくは、お住まいの市区町村役場にお問合せください。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><u>健康保険料の負担は必要ありません</u></li> </ul>                            |
| そ の 他 | <ul style="list-style-type: none"> <li><u>加入期間は最大2年</u></li> <li>※保険料未納の場合は強制的に脱退になる。</li> <li>在職時と同様の付加給付が受けられる。</li> <li>健診費用補助や保養所等が利用できる。</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>退職の翌年は収入が減少するため、<u>2年目以降は保険料が安くなる場合がある。</u></li> <li>付加給付が無い。</li> <li>市区町村によっては保健サービスが充実している。</li> </ul>                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>ご加入の健保組合の給付や保健事業が受けられる。</li> </ul>                            |

※在職時にT・G特別医療共済会一般会員であり 退職後も継続加入する場合は、別途手続きが必要です。