

任意継続の手続きについて

▼任意継続被保険者となるための要件

- 1 資格喪失日（退職日の翌日）の前日まで継続して**被保険者期間が2ヶ月以上あること**
- 2 **資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内**に当組合へ必要書類を不備なく提出（必着）すること
※注意※
勤務していた時に交付された「保険証」または「資格確認書」は、退職時に会社窓口へ速やかにご返却ください。

▼必要書類

	被保険者の 申請をする場合	被保険者と被扶養者 の申請をする場合
① 【健康保険】任意継続被保険者 資格取得申請書	●	●
② 最新の情報が載っている3ヶ月以内の住民票	●	●（世帯分）
③ 任意継続被扶養者認定申告書	-	●
④ 扶養追加必要書類	-	●

※資格喪失時に被扶養者であった方を引き続き被扶養者とする場合でも、改めて申請が必要となります。

③④につきましては、[ひかり健康保険組合ホームページ内](#)より別途書類をご確認ください。

▼被扶養者の資格更新審査（検認）

定期・随時にて、被扶養者の資格更新の審査（検認）をおこなっております。

被扶養者の要件を満たしていない場合、被扶養者資格が削除となりますので、扶養異動届(削除)の提出と資格確認書または保険証の返却をお願い致します。

また、申告内容に相違があった場合等状況によっては、**被扶養者資格の認定取り消しになる可能性もあります。**

被扶養者資格削除または認定取消となった場合、資格喪失日以降に当健保組合が負担した医療費や給付金・健診費用などは、後日被保険者の方へ請求させていただきます。

▼加入までの流れ

- 1 提出期限【資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内】までに必要書類を送付（必着）ください。

提出期限後に必要書類の提出・不備があった場合は、保険者が「正当な理由」（例：天災地変、交通・通信関係のストライキ等）があると認めた場合以外は受理されません。

- 2 会社から提出される**資格喪失届の手続き完了後**、被保険者へ初回保険料の納付書を送付いたします。

納付書に記載されている納付期限日までに着金になるようにご入金ください。

初回保険料が期限日までに納付されなかった場合、任意継続の資格は取り消しとなります。

- 3 初回保険料の入金確認後、下記書類を送付いたします。

- ・ 2回目以降の納付書
- ・ 資格情報のお知らせ
- ・ 資格確認書（発行対象者のみ）

2回目以降の納付期限は「各月の納付」（毎月10日まで※）が基本となりますが一定期間をまとめて納付する「前納制度」もありますので、ご希望される場合は事前に申し出ください。

なお、保険料を納付期限（毎月10日※）までに納付しない場合、納付期限日の翌日に資格喪失となります。

※10日が土・日・祝祭日の場合は翌日

【書類送付先・問い合わせ先】

〒108-0023

東京都港区芝浦4-16-25 安全ビル4F

ひかり健康保険組合

TEL：03-6365-1454 MAIL：Info@hikarikenpo.or.jp

ホームページ：https://www.hikarikenpo.or.jp/

※申請書は**資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内**に提出してください。

◆納付期限までに初回保険料が納付されなかった場合、任意継続の資格は取り消しとなりますのでご注意ください。
※初回保険料納付書は、会社から提出される資格喪失届の手続き完了後に送付いたします。
◆退職後の保険料は在職時の2倍となります。（保険料率の変更により変わる場合があります。）
※国民健康保険料はお住まいの市区町村の国民健康保険窓口にご確認ください。

受付印

【健康保険】任意継続被保険者 資格取得申請書

私は別紙「任意継続の手続きについて」を確認のうえ、下記の通り申請いたします。

勤務していた時に使用していた 被保険者の記号・番号		記号			番号			退職日	令和 年 月 日	
事業所名					個人 番号 (マイナンバー)					
氏名	フリガナ							生年月日	昭和・平成 年 月 日	
								性別	男・女	
住所	〒 ー 都 道 府 県									
電話番号	自宅				携帯				資格確認書 交付申請 (希望する場合)	※下部の理由番号を必ず記入 理由番号
被保険者 名義の 金融機関	預金種別	銀行コード			支店コード			口座番号	口 座 名 義	フリガナ 名義
	1.普通 2.当座	銀行		本店 支店 出張所						
備考										

■ 健康保険 被扶養者届		※収入がない場合でも、職業・年間収入欄は記入してください。【 職業(例):「主婦」「無職」「小学生」「高校1年」等 】							
氏名		生年月日		性別	続柄	職業	年間収入	資格確認書 交付申請(希望する場合)	
フリガナ (氏)	(名)	昭和・平成・令和 年 月 日		男・女			万円/年	理由番号 ※	
		同居・別居の区別		同居・別居	〒 - 別居の場合は住所を記入				
個人番号									
フリガナ (氏)	(名)	昭和・平成・令和 年 月 日		男・女			万円/年	理由番号 ※	
		同居・別居の区別		同居・別居	〒 - 別居の場合は住所を記入				
個人番号									
フリガナ (氏)	(名)	昭和・平成・令和 年 月 日		男・女			万円/年	理由番号 ※	
		同居・別居の区別		同居・別居	〒 - 別居の場合は住所を記入				
個人番号									
フリガナ (氏)	(名)	昭和・平成・令和 年 月 日		男・女			万円/年	理由番号 ※	
		同居・別居の区別		同居・別居	〒 - 別居の場合は住所を記入				
個人番号									

【※】資格確認書の交付希望理由（下記に該当しない場合は交付対象外です）	
① マイナンバーカードを作っていないため ② マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため ③ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため ④ マイナンバーカードを返納したため ⑤ マイナ保険証の利用登録解除を申請したため（登録解除者） ⑥ 介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者（マイナンバーカードでの受診が困難な高齢者や障害をお持ちの方）	

※健保記入欄

喪失日	令和 年 月 日	標準報酬月額	千円
適用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
提出期限	令和 年 月 日		
入金期限	令和 年 月 日		
入金日	令和 年 月 日		

任継記号	900	番号	
常務理事	事務長	係	係