

任意継続被保険者資格取得申請について

注) 令和 6 年 12 月 2 日より、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行しました。
今後の病院受診・薬局利用にあたっては、マイナ保険証のご利用をお願いします。

※ 「マイナ保険証」・・・健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード

※ 「資格確認書」・・・現行の健康保険証と同等の内容が記載されたもので、健康保険証の代わりとして医療機関を受診できます。原則、マイナ保険証を利用することが出来ない方に交付されます。

1. 手続きの流れ

退職後 20 日以内に申請書の到着が当組合で確認できないと資格取得できません。

① 申請書の提出(BIPROGY 健保 HP からダウンロードできます。)

「[健康保険任意継続被保険者資格取得申請書](#)」

「[預金口座振替依頼書](#)」

※ 「[資格確認書](#)」の交付が必要な方は、本申請書と「[資格確認書 \(再\) 交付申請書](#)」(5 ページ目)をご提出ください。

マイナ保険証を利用できる方は、「資格確認書 (再) 交付申請書」の提出は不要です。

健保での登録手続き完了後に資格情報が更新されます。

※ 加入時に資格確認書の交付申請がなかった方で、マイナンバーカードをお持ちでない方や健康保険証の利用登録をされていない方には、状況を確認のうえ「資格確認書」を交付しますが、送付まで時間を要しますので、資格取得申請書の提出時に添付をお願いします。

② 当組合で加入手続き後、初回保険料納付書を自宅に郵送しますので期日までにお振込みをお願いいたします。

※ 資格情報が更新されるまでの期間に医療機関を受診される場合、医療費を全額(10割)立替えて頂き、後日、医療機関窓口で精算出来るかご確認ください。
医療機関で精算できない場合、当組合に請求可能です。

2. 保険料について

保険料はご自分の退職時の標準報酬月額に保険料率(令和7年度は108/1000*介護保険料を含む)をかけた額になります。退職時の標準報酬月額が組合平均額(令和7年度は53万円)を超えていた場合は、組合平均額で計算します。ご自分の標準報酬月額は給与明細にて確認できます。

この保険料は2年間継続しますが、組合平均の標準報酬月額が変更になった場合や、保険料率に変更された場合は、保険料も変わります。

※令和7年度の任意継続被保険者の標準報酬月額の上限額が50万円から53万円に改定となりました。

例1) 40歳以上65歳未満で標準報酬月額が53万円以上の方の場合(令和7年度の例)
標準報酬月額 530,000 × 保険料率 108/1000 = 保険料月額 57,240 円

保険料は、毎月払いのほかに年度単位で半年一括、一年一括で前納払いが出来ます。(割引有り)

例2) 例1の保険料の方が前納払いをした場合

毎月払い : 57,240 円 × 12 ヶ月 = 686,880 円 (12 か月分)

半年一括払い : 前期 340,650 円 + 後期 339,538 円 = 680,188 円 (12 か月分)

一年一括払い : 674,685 円 (12 か月分)

- ✓ 「自動振替」を選択した方も口座振替が開始出来るまでの保険料(毎月払いを選択した場合は2か月分)は振り込みとなります。
- ✓ 初回分の保険料が正当な理由なく納付期限までに納付されないときは、申請の日に遡って申請は無効となりますので、必ず納付期限までにお振込みください。

3. 資格喪失事由：以下に該当した場合は任意継続被保険者の資格を失います。

- ①任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき
 - ②再就職をして、その会社の健康保険被保険者となったとき
 - ③保険料を納付期限までに納付しなかったとき
 - ④被保険者が死亡したとき
 - ⑤被保険者から申出があったとき（申出が受理された日の属する月の翌月1日に資格喪失）
- ※②④⑤の理由による資格喪失の際は喪失申出書の提出が必要です。

4. お問い合わせ先

電話 03-4579-1626 kenpo-nt-box@biprogy.com

加入登録完了後に、「資格情報のお知らせ」を「[健保マイページ](#)」に掲載します。

当組合 HP の「[健保マイページ](#)」に登録されているメールアドレスが、会社のメールアドレスになっている場合は、退職後も利用できるメールアドレスにご変更をお願いします。

また、「健保マイページ」にメールアドレスを登録されていない方は、必ずご登録いただきますようお願いいたします。

※「資格情報のお知らせ」…従来の健康保険証とは異なり、マイナ保険証には加入している健保組合名や記号・番号、資格取得年月日などの情報が記載されていません。オンラインでの資格確認が利用できない医療機関を受診する際などに、資格情報のお知らせとマイナ保険証を提示することで受診することができますので、「健保マイページ」での閲覧・ダウンロードをお願いします。（「資格情報のお知らせ」だけでは受診できません）なお、ご自身の医療保険の資格情報は政府のマイナポータルからも確認することができます。

以上



マイナポータル
アクセス用 QR コード

承認決定伺				健保記入欄				
常務理事	事務長	課長	担当者	資格取得年月日	令和	年	月	日
				新記号番号	105-			
				資格喪失時標準報酬月額				千円

BIPROGY健康保険組合理事長 殿

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

退職前の 保険証	記号	番号	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
フリガナ			資格取得年月日 (入社した日)	昭和 平成 令和	年	月	日		
氏名									
退職時勤務して いた会社			資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日		
住民票住所	〒	—					電話番号	—	—
居所住所	〒	—	上記の住民票住所と同じ場合は記入不要				緊急連絡先	—	—

メールアドレス : @ (個人アドレス)

保険料納付方法 (☑をつけてください)	毎月払い		振込み払い		給付金 振込先銀行	銀行				支店				
	半期前納		右記口座より			コード								
	一年前納		自動振替			普通・当座	番号							

被 扶 養 者	(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	別居 区分	職業	年収見込額
	氏名						
		昭和 平成 令和	男 女		同居 別居		円
		昭和 平成 令和	男 女		同居 別居		円
		昭和 平成 令和	男 女		同居 別居		円

被保険者資格は次の場合、喪失になります。

- 被保険者の資格取得後の期間が2年間を経過したとき
- 被保険者が死亡したとき
- 保険料を納付期限までに納付しないとき
- 就職して、他の被用者保険の被保険者になったとき
- 被保険者が任意継続被保険者でなくなることを希望するとき

注意 1.被扶養者の確認のため証明書類等を提出していただく場合があります。

2.住民票住所・居所住所を変更される際は「住所変更届」をご提出ください。

提出期限：退職日の翌日から20日以内（20日を過ぎた場合は申請できません）

<申請書の提出先> 郵送の場合：135-8560 東京都江東区豊洲1-1-1 BIPROGY健康保険組合
メールコード：A05-S

記入例

決定 伺		健 保 記 入 欄				
課長	担当者	資格取得年月日	令和	年	月	日
		新記号番号	1 0 5 -			
		資格喪失時標準報酬月額	千円			

BIPROGY健康保険組合理事長 殿

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

退職前の 保険証	記号 101	番号 123456	生年 月日	昭和 平成	50年	8月	15日	性別	男・女
フリガナ	コウトウ タロウ		資格取得年月日 (入社した日)	昭和 平成 令和	15年	4月	1日		
氏名	江東 太郎		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	6年	4月	1日		
退職時勤務して いた会社	BIPROGY 株式会社		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	6年	4月	1日		
住民票住所	〒123 - 4567 東京都江東区豊洲××-〇〇		電話番号	03 - 5555 - 4444					
居所住所	〒 - 上記の住民票住所と同じ場合は記入不要		緊急連絡先	090 - 1234 - 5678					

メールアドレス : kenpo108 @ gmail.com (個人アドレス)

保険料納付方法 (☑をつけてください)	毎月払い	振込み払い	給付金 振込先銀行	〇〇〇 銀行	〇〇 支店							
	半期前納	右記口座より		コード	0	0	0	1	1	2	3	
	一年前納	自動振替		普通・当座	番号	1	2	3	4	5	6	7

被 扶 養 者	(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	別居区分	職業	年収見込額	
	氏名							
	コウトウ ハナコ	昭和 平成 令和	55年9月29日	男 女	妻	同居 別居	パート	100万 円
	江東 花子	昭和 平成 令和						円
		昭和 平成 令和						円
		昭和 平成 令和						円

被保険者資格は次の場合、喪失になります。

- 被保険者の資格取得後の期間が2年間を経過したとき
- 被保険者が死亡したとき
- 保険料を納付期限までに納付しないとき
- 就職して、他の被用者保険の被保険者になったとき
- 被保険者が任意継続被保険者でなくなることを希望するとき

注意 1.被扶養者の確認のため証明書類等を提出していただく場合があります。

2.住民票住所・居所住所を変更される際は「住所変更届」をご提出ください。

提出期限：退職日の翌日から20日以内（20日を過ぎた場合は申請できません）

<申請書の提出先> 郵送の場合：135-8560 東京都江東区豊洲1-1-1 BIPROGY健康保険組合
メールコード：A05-S

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません)

2024年12月改

常務理事	事務長	課長	担当

資格確認書(再)交付申請書

(あて先) BIPROGY健康保険組合 理事長 殿

申請日	年 月 日	以下のとおり申請します。				
被保険者	氏名		記号		番号	
	住民票住所	〒	-	電話	-	-

交付申請者	交付を希望する人について記入してください。 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> 1 被保険者（本人分のみ） <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 被扶養者（家族）分のみ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> 3 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分					
被保険者	フリガナ		生年月日		申請理由	
	氏名		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 3 令和	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	下記の理由欄から選択
被扶養者①	フリガナ		生年月日		申請理由	
	氏名		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 3 令和	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	下記の理由欄から選択
被扶養者②	フリガナ		生年月日		申請理由	
	氏名		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 3 令和	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	下記の理由欄から選択
被扶養者③	フリガナ		生年月日		申請理由	
	氏名		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 3 令和	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	下記の理由欄から選択
申請理由	≪申請理由一覧≫ 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返納したため 3：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 4：マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため 5：DV被害者などでマイナポータルや医療機関等で自己情報が閲覧できないため 6：資格確認書を滅失・き損したため 7：マイナンバーカードを紛失したため 8：マイナンバーカードの更新手続き中のため 9：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 10：マイナンバー未登録（申請中）のため [例：出生及び外国人の場合] 11：その他、マイナ保険証を使えない状況などのため					
≪有効期限≫ 1. 令和11年12月1日まで有効【①～⑥】 2. 本申請日受付日の翌月末まで【⑦～⑪】						

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません)