

(昭和町国民健康保険加入用)

## 国民健康保険の加入手続きについて

◎国民健康保険に加入するときは、職場の健康保険等の資格を喪失して14日以内に、昭和町役場町民窓口課国保年金係まで届出をしてください。

### 国民健康保険について

わが国の医療保険制度は、国民すべてが何らかの公的医療保険に加入しなければならない「国民皆保険制度」となっております。これは、生存権の理念に基づき、全ての人が公平に医療を受けられることを権利として保証することを目的とするものです。

よって、職場の健康保険の資格を喪失した場合は、すみやかに国民健康保険の加入届出をしてください。(任意継続被保険者や家族の職場の健康保険の被扶養者となる場合は除く)

### ★健康保険等資格喪失証明書と一緒に持参していただくもの★

- 印鑑
- 各種医療証（子育て支援医療・ひとり親家庭医療・重度心身障害者医療等。本人以外に国保に加入しようとしている家族が持っている場合も同じです。）

◎手続きが遅れた場合は、保険税をさかのぼって納めていただくことになります。

また、その間の医療費は、やむを得ない理由がある場合を除き全額自己負担になります。

保険税の納付は、便利な口座振替をご利用下さい。山梨中央銀行・ゆうちょ銀行・山梨信金・甲府信金のキャッシュカードがあれば、役場窓口で手続きが可能です。

### 国民健康保険に入る前に

#### ★任意継続被保険者★

職場の健康保険に継続して2か月（共済組合は1年）以上加入していた人が退職した場合、申出により原則として2年以内に限って今までの保険を継続することができます。

⇒手続きは、資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に、加入していた健康保険組合や全国健康保険協会などへ。

#### ★家族の扶養者になれますか？★

あなたのご家族が社会保険に加入している場合は、職場の健康保険に被扶養者として加入できる場合があります。※職場の健康保険に加入されているご家族の収入を主として生計を維持していることが前提です。収入は遺族年金・公務扶助料などの非課税所得も含まれます。また、職場によっても違いますので、まずは職場の健康保険担当者に相談をしましょう。

裏面が喪失証明書になっております

(昭和町国民健康保険加入用)

<健康保険等資格喪失証明書>

|                     |      |    |       |                      |   |       |
|---------------------|------|----|-------|----------------------|---|-------|
| 保険者名                |      |    |       |                      |   |       |
| 記号番号                |      |    | 保険者番号 |                      |   |       |
| 被保険者                | 住所   |    |       |                      |   |       |
|                     | 氏名   |    |       |                      |   |       |
| 資格喪失者               | 氏名   | 続柄 | 生年月日  | 資格喪失年月日<br>(退職日等の翌日) | 資格喪失の理由<br>1. 退職<br>( 年 月 日退職)<br>2. 被保険者死亡<br>3. 扶養非該当<br>(理由: )<br>4. 被保険者が後期高齢者<br>医療制度へ加入 |       |
|                     | 本人   | 本人 |       | 年 月 日                |   |       |
|                     | 被扶養者 |    |       |                      |   | 年 月 日 |
|                     |      |    |       |                      |   | 年 月 日 |
|                     |      |    |       |                      |   | 年 月 日 |
|                     |      |    |       | 年 月 日                |   |       |
| ※資格喪失日は退職日の翌日です。    |      |    |       |                      |   |       |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 |      |    |       |                      |   |       |
| 年 月 日               |      |    |       |                      |   |       |
| 所在地及び名称             |      |    |       |                      |   |       |
| 代表者名                |      |    |       |                      |   |       |
| 電話番号                |      |    |       |                      |   |       |
| 印                   |      |    |       |                      |   |       |

注：必ず証明をする事業所（保険者・勤務先）等で記入してください。

注：健康保険等の資格を喪失し、国民健康保険に加入される場合は、この証明が必要です。