

第2編

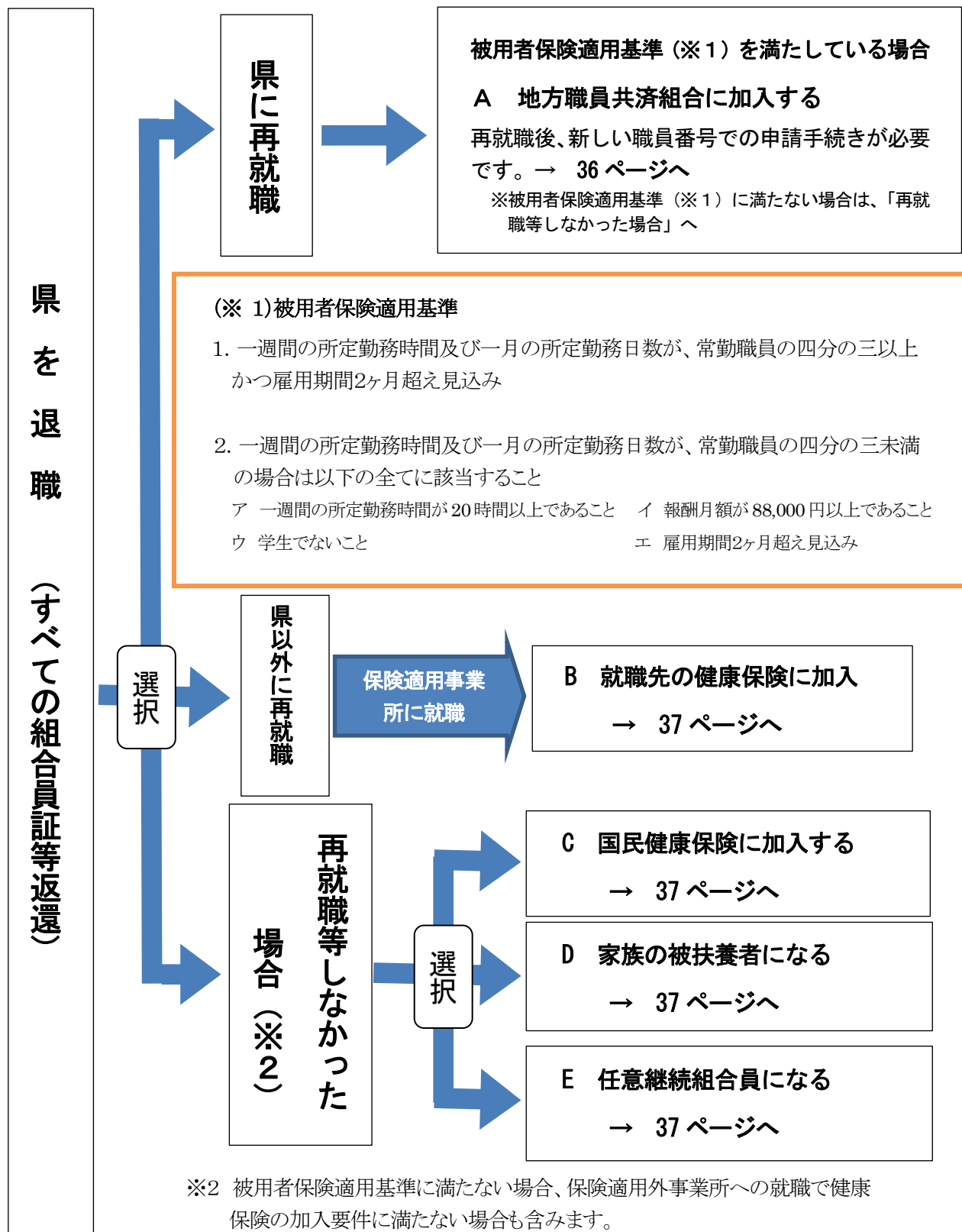
退職後の医療保険制度について

給付福利班

共済管理班

第1章 退職後の健康保険制度について

組合員が退職した場合には、何らかの健康保険制度に加入しなければならず、どの保険に加入するかは、再就職の有無や就職先等で異なります。



第2章 退職時に必要な手続き

1 再任用職員になる場合（A 地方職員共済組合に加入する場合）

※正職員を退職し再任用職員となる場合、再任用職員を任期更新する場合で、職員番号に変更がある場合の手続きとなります。（職員番号に変更がない場合は手続き不要です。）

(1) 再任用フルタイム勤務職員に再就職する場合の提出書類

- ・任期更新(再就職)にかかる一般組合員(船員一般組合員)異動報告書・資格取得届書(p.67)
- ・辞令の写し(※1)
- ・交付を受けている全ての組合員証等(被扶養者分も含む)(※2)

(2) 再任用短時間勤務職員に再就職する場合の提出書類

- ・任期更新(再就職)にかかる短期組合員(船員短期組合員)異動報告書・資格取得届書(p.69)
- ・辞令の写し(※1)
- ・交付を受けている全ての組合員証等(被扶養者分も含む)(※2)

(3) (1)(2)において、被扶養者を継続認定する場合の提出書類(該当者のみ)

- ・任期更新(再就職)にかかる被扶養者申告・継続認定申立書(p.71)

※1 辞令の写し等の代替書類について

再任用職員として再就職、または任期更新の日前に手続きを希望される場合は、「辞令の写し」及び「交付を受けた全ての組合員証等」の一時的な代替書類として「沖縄県再任用職員選考採用の内定について(通知)」の写しを上記(1)(2)に添付して申請することで、再就職日前に資格確認書の交付を受けることができます(マイナ保険証を利用できない方のみ)。なお、マイナ保険証を利用可能な方については、再就職日より使用可能となります。

- 辞令交付後、速やかに「辞令の写し」及び「交付を受けた全ての組合員証等」を所属所へご提出ください。
- 提出時期により、再就職日以降の交付となる場合もございますので、ご了承ください。

※2 交付を受けているすべての組合員証等（被扶養者分も含む）とは

組合員証、組合員被扶養者証、資格確認書、高齢者受給証、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受給証 など

第2編 退職後の医療保険制度について

(4) 提出期限：採用日より5日以内

(5) 提出先：再就職先の所属所(※3)

※3 所属所

所属所とは

職種	種別	提出先（所属所印）
正規職員	一般組合員	○知事部局・各種委員会・出先機関の場合、 総務事務センター に送付。（総務事務センターにて押印）
再任用職員（フルタイム）		
任期付職員（フルタイム）		
再任用職員（短時間）	短期組合員	○企業局の場合、 企業局総務課 にて押印。 ○病院事業局の場合、本庁・北部病院・宮古病院・中部病院・精和病院は 病院総務事務センター 、他の各県立病院は その病院 にて押印（R6.7.1時点）
任期付職員（短時間）		
臨時的任用職員		
会計年度任用職員（フルタイム） ※13ヶ月目以降	一般組合員	○知事部局・各種委員会・出先機関の場合、 各所属機関 にて押印。
会計年度任用職員（フルタイム） ※12ヶ月以内	短期組合員	○企業局の場合、 企業局総務課 にて押印。 ○病院事業局の場合、本庁・北部病院・宮古病院・中部病院・精和病院は 病院総務事務センター 、他の各県立病院は その病院 にて押印（R6.7.1時点）
会計年度任用職員（パートタイム）		

2 再任用職員にならない場合

（「B 就職先の健康保険に加入」「C 国民健康保険に加入」「D 家族の被扶養者になる」「E 任意継続組合員になる」場合の共通手続き）

(1) 提出書類（手続き必須）

- ・組合員異動報告書(p.57)
- ・交付を受けているすべての組合員証等(被扶養者分も含む)(※1)
- ・理由書(返納できない組合員証等がある場合のみ)

※1 交付を受けているすべての組合員証等（被扶養者分も含む）とは

組合員証、組合員被扶養者証、資格確認書、高齢者受給証、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受給証 など

第2編 退職後の医療保険制度について

(2) 提出期限：退職後5日以内

(3) 提出先：退職時の所属所(※2)

※2 所属所

所属所とは

職種	種別	提出先（所属所印）
正規職員	一般組合員	○知事部局・各種委員会・出先機関の場合、 総務事務センター に送付。（総務事務センターにて押印）
再任用職員（フルタイム）		
任期付職員（フルタイム）		
再任用職員（短時間）	短期組合員	○企業局の場合、 企業局総務課 にて押印。 ○病院事業局の場合、本庁・北部病院・宮古病院・中部病院・精和病院は 病院総務事務センター 、他の各県立病院は その病院 にて押印（R6.7.1時点）
任期付職員（短時間）		
臨時的任用職員		
会計年度任用職員（フルタイム） ※13ヶ月目以降	一般組合員	○知事部局・各種委員会・出先機関の場合、 各所属機関 にて押印。
会計年度任用職員（フルタイム） ※12ヶ月以内	短期組合員	○企業局の場合、 企業局総務課 にて押印。 ○病院事業局の場合、本庁・北部病院・宮古病院・中部病院・精和病院は 病院総務事務センター 、他の各県立病院は その病院 にて押印（R6.7.1時点）
会計年度任用職員（パートタイム）		

【退職後の注意点】

- ① 退職した翌日から、組合員の資格を喪失します。（被扶養者も含む）
- ② 退職後組合員証等を使用した場合、組合員（職員）は、共済組合へ医療費の返還が発生します。
- ③ 退職日の翌日以降、組合員証等が使用できないことは、被扶養者の方へ必ずお伝えください。
- ④ 通院中の方は、病院の受付にて退職する旨お伝えください。

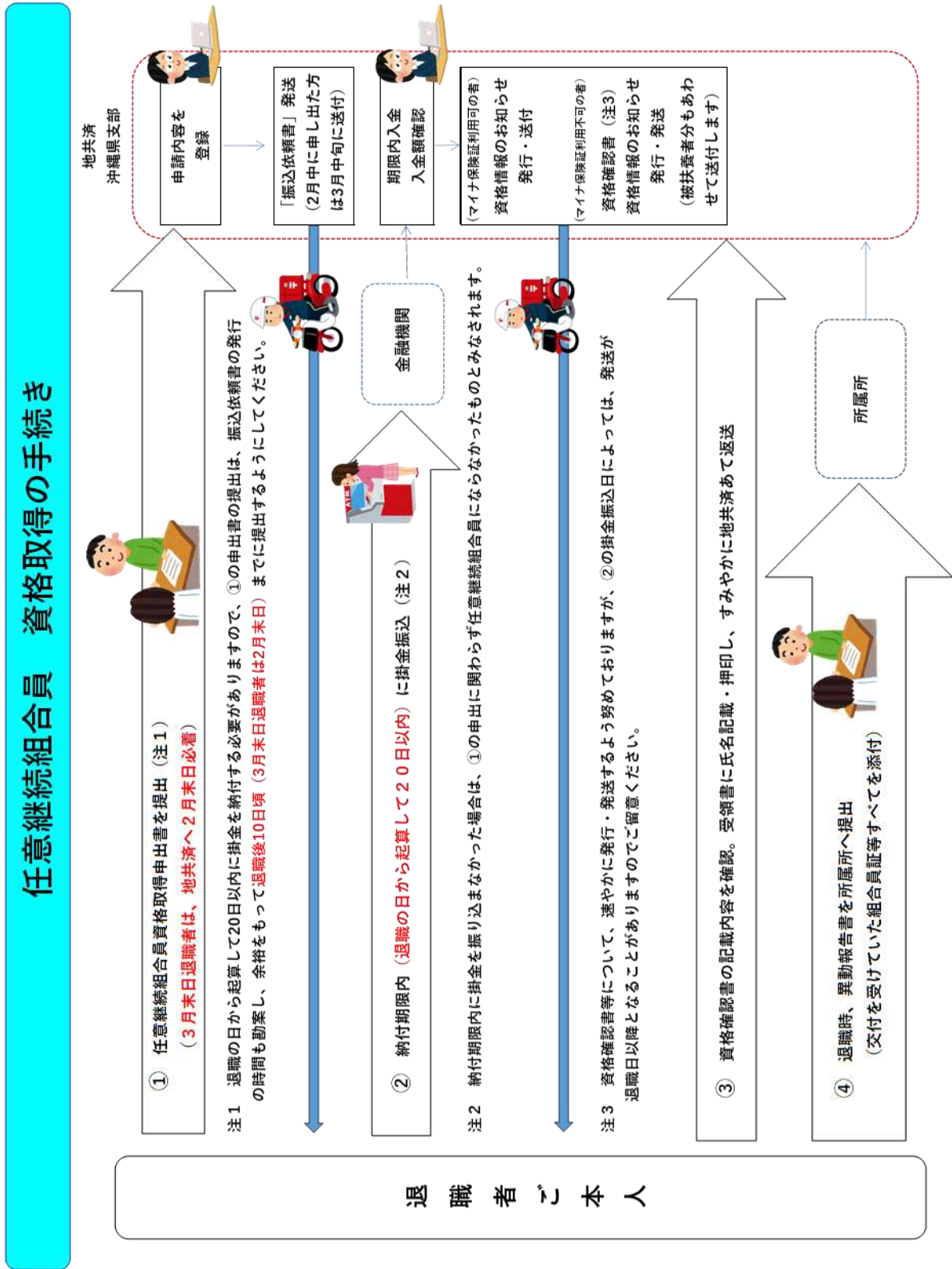
(4) 上記(1)～(3)以外の手続き(退職後の健康保険)

・「B 就職先の健康保険に加入」「C 国民健康保険に加入」「D 家族の被扶養者になる」方の健康保険については、それぞれ加入先の保険者にてお手続きください。

退職後の状況	手続き(問い合わせ)先
B 就職先の健康保険に加入	就職先の健康保険
C 国民健康保険に加入	お住まいの市区町村
D 家族の被扶養者になる	家族のお勤め先の健康保険

・「E 任意継続組合員になる」場合は、上記(1)～(3)の手続きと合わせて、次ページ(第3章)以降の手続きが必要となります。

第3章 任意継続組合員の場合



第2編 退職後の医療保険制度について

1 任意継続組合員の資格取得

退職の日の前日までに引き続き1年以上組合員だった者が、任意継続組合員になることを申し出て、納付期限までに掛金を納付することにより、退職後2年間在職中とほぼ同様の短期給付(医療給付等)を受けることができます。(休業給付及び保健事業は除きます。詳細は p.52～55 参照。)

(1) 任意継続組合員になるためには

退職の日から起算して **20 日以内**に①「任意継続組合員資格取得申出書」(p.59 掲載)を提出 (**3月末日退職者は、2月末日までに地共済必着**)し、②「振込依頼書」により掛金を納付。

※退職日から 20 日以内に掛金納付まで行う必要があるため、①の申出書は「振込依頼書」発行処理の時間を踏まえ退職後 10 日頃までに提出してください。

(2) 納付期限内に掛金の納付がなかった場合は、任意継続組合員にならなかったものとみなします。

(3) 退職日の前日まで1年以上組合員だった者が任意継続組合員となることができます。

(4) 4月1日採用者が、翌年の3月31日に退職した場合は、任意継続組合員にはなれません。

2 被扶養者の認定

(1) 退職日時点で認定されている被扶養者で、退職日以降も被扶養者の要件を満たしていれば、自動的に認定継続となります。**すでに認定されている被扶養者全員を認定継続する場合、手続き不要です。ただし、配偶者等と共同扶養の場合は、今後の恒常的な収入(退職手当等は除く)の多い方の被扶養者となりますので、取消手続きを行ってください。※手続き方法は(2)参照**

(2) 被扶養者の認定継続を希望しない場合(就職、他の健康保険への加入予定など)は、「任意継続組合員申出時の被扶養者取消確認書」(様式 p.61 掲載)を提出してください。(任意継続組合員資格取得申請に添付すること。)資格喪失日は、組合員の退職日翌日となります。

(3) 組合員の退職日以前に被扶養者が資格喪失事由に該当したときは、通常の手続きを行ってください。

(4) 6月以降すべての被扶養者全員を対象に、被扶養者の認定要件を満たしているか「検認」を行います。他の健康保険への加入の有無、収入、別居の場合は送金額など要件を満たしていない場合は遡及取消となることもあります。ご注意ください。

「検認」で確認する収入について

●恒常的な収入とは

給与収入、雇用保険の失業給付、試算収入、事業収入、農業収入、年金(遺族、障害、個人等含む。)、恩給、利子収入、その他。

所得証明書に記載されない失業給付、年金(遺族・障害)等にご注意ください。

なお、退職手当は、恒常的な収入に該当しません。

●給与収入

給与収入とは、時間外賃金及び諸手当を含む税金控除前の金額です。

雇用条件や勤務状態により個別の対応が必要かと思いますが、支給される給与が月額108,334円以上になった場合は、資格喪失の可能性があります。地共済へご相談ください。

●年金収入

年金収入を確認する際には、年金振込通知書、年金改定通知書等を確認します。また、公的年金以外にも、企業年金、個人年金等も確認する必要があります。年金額が確認できる書類は、大切に保管いただくようお願いいたします。

●不動産・事業・営業・農業収入等

所得証明書記載の収入ではなく、確定申告書、収支内訳書にて収入を判断します。不明な点がある場合は、地共済へお問い合わせください。

3 任意継続組合員の資格喪失

任意継続組合員は、次のいずれかの事由に該当することになったときは、任意継続組合員の資格を喪失します。

速やかに、交付を受けたすべての「組合員証等」を地共済へ返還願います。

- ①掛金を納付期限までに納付しなかったとき
- ②他の医療保険の被保険者となったとき(国保に加入、再就職等)
- ③任意継続組合員でなくなることを希望する旨を共済組合(支部)に申し出て、その申出が受理された日の属する月の末日が到来したとき
- ④死亡したとき
- ⑤任意継続組合員となった日から起算して2年を経過したとき

※任意継続組合員が家族の被扶養者となる場合は、③の取扱いにより喪失します。(受理日以前に遡っての資格喪失ができません。)

4 その他

(1) その他の手続きについては、地共済沖縄県支部(Tel. 098-866-2127)へお問い合わせください。

- ① 任意継続組合員の資格喪失手続きをしたい
(再就職した、国保に加入した、家族の被扶養者となった等)
- ② 被扶養者を扶養から外したい、または扶養に入れたい
- ③ 住所が変わった
- ④ 資格確認書を紛失した

など

被扶養者の認定手続きについて

新たに被扶養者を申告する場合は、扶養事実発生日(離職した日等)から**5日以内**に書類を提出していただく必要があります。(※地共済必着。)

なお、事実発生日から30日以上経過しての提出となった場合、地共済にて書類を受け付けた日からの認定となりますのでご注意ください。

被扶養者認定を行う際には、早めのご連絡をお願いいたします。

(2) 下記の場合は、地共済から任意継続組合員の皆様へ通知します。(組合員の皆様からの連絡は必要ありません。)

- ① 1年経過するとき

任意継続組合員となってから1年を経過する頃(2~3月上旬予定)に、任意継続組合員を継続・資格喪失する場合に必要な書類を送付します。

- ② 2年経過するとき

2年満了となるため、任意継続組合員の資格を喪失します。

他の医療保険に加入するときに必要となる書類(資格喪失通知書)を送付いたします。大切に保管するようお願いいたします。

任意継続組合員を予定している皆様へ

認定されている被扶養者について

毎年、被扶養者である配偶者や子等が被扶養者要件に該当しなくなったことを申請せず、検認時期に判明する任意継続組合員の方が多くいらっしゃいます。

被扶養者の要件に該当しなくなった場合は、遡及取消となり、地共済から任意継続組合員あて医療費の返還請求が行われ、思わぬ経済的負担を強いられることとなってしまいます。

1 被扶養者の要件変動は、組合員自身で地共済への申請が必要です。

下記の要件に該当する場合は、速やかに地共済へご連絡ください。
手続きに必要な書類等を、ご自宅へ郵送します。

■被扶養者として認められない者

- ① 年額 130 万円以上の恒常的な収入のある者。(障害を事由とする給付の受給要件に該当する程度の障害を有する場合、又は 60 歳以上の者は 180 万円以上)
- ② 雇用保険の基本手当等を受給中の者で、その日額が 3,612 円以上 (収入要件が 180 万円の場合は、日額 5,000 円以上) の者。
- ③ 他の社会保険、国民健康保険等の被保険者となった者。
- ④ 組合員が主たる扶養者でなくなった場合。(被扶養者の婚姻、別居しているが世帯収入の 1/3 以上の送金額を満たしていない、配偶者等の共同扶養者の方が恒常的収入(退職金等は除く)が多い等)

2 被扶養者の要件に該当しなくなった場合、組合員証等は使用できません。

- ・組合員証等は、速やかに地共済へ返還することが必要です。
- ・組合員証等を返還しないまま、資格喪失後に医療機関を受診した場合、地共済負担分の医療費は、後日任意継続組合員へ返還請求を行います。

3 毎年6月以降に「検認」の調査を行います。(被扶養者がいる方のみ調査)

- ・被扶養者全員の方について、被扶養者の要件をみたしているか必要な書類を提出していただき、確認を行う調査です。
- ・収入に関する書類(年金、確定申告書等)や送金に関する書類は大切に保管してください。
- ・提出していただけない場合は、被扶養者資格を喪失することとなります。

第2編 退職後の医療保険制度について

第4章 任意継続組合員の掛金について

任意継続組合員の資格取得には掛金の納付が必要となります。

振込依頼書を送付しますので、期限までに金融機関窓口で納付してください。

納付に係る金融機関手数料の別途負担が必要です。

1 任意継続掛金の算出方法

任意継続掛金の月額は、「掛金の標準となる報酬月額 × 掛金率(※1)」となります。

(※1 参考:令和6年度の掛金率は、短期 95.96/1,000、介護 16.66/1,000 令和7年度分は未決定)

なお、掛金の標準となる報酬月額は、次の(1)又は(2)のいずれか低い方の額になります。

(1)退職時の標準報酬月額（給与明細をご確認ください。）

給与支給明細書

給与区分		支給年月	
11 例月		平成29年 6月	
給付表	※	元月	元月
※※※※	※※※		
通勤手当	特種手当	療養手当	へき地手当
※※			
定通手当	療養手当	夜勤手当	単身赴任手当
共済短期掛金	共済介護掛金	共済長期掛金	共済厚生掛金
15,969	0	0	31,737
標準報酬	等級(短期)	月額(短期)	等級(厚年)
	21	360,000	22
			360,000

自分の標準報酬を確認してみよう



共済短期掛金	共済介護掛金	共済長期掛金	共済厚生掛金	共済退職掛金	共済貸付償還	所得税
15,969	0	0	31,737	2,700	0	***
標準報酬	等級(短期)	月額(短期)	等級(厚年)	月額(厚年)	等級(退職等)	月額(退職等)
	21	360,000	22	360,000	21	360,000

(2) 地方職員共済組合全組合員の前年9月における平均標準報酬月額(※2)

(※2 令和7年度に適用される平均標準報酬月額は、令和7年2月頃確認できる見込みです。)

- ① 平均標準報酬月額は、令和6年9月30日における地方職員共済組合の短期給付に関する規定の適用を受ける全ての組合員の同月時点における標準報酬月額を標準報酬等級表に当て

第2編 退職後の医療保険制度について

はめて得た額です。

- ② 本資料での計算例では、令和6年度における平均標準報酬月額「380,000円」により算定しています。
- ③ 任意継続掛金の概算(令和6年度時点)を試算することができます。試算表は、次の2か所に掲示しています。

令和7年4月1日以降に適用される全国平均標準報酬月額及び掛金率が決定次第更新します。

■コーラル21 ⇒ 全庁・各部局掲示板 ⇒ 総務部 ⇒ 職員厚生課 ⇒ 地共済 ⇒

退職時の手続関係(任意継続等) ⇒ 「任意継続掛金」試算表(共済管理班)

■沖縄県のホームページ ⇒ 組織で探す ⇒ 職員厚生課 ⇒ 地方職員共済組合沖縄県支部

⇒ 〈任意継続関係〉 ⇒ 「任意継続掛金」試算表(共済管理班)

【任意継続掛金の例】

- 退職時の標準報酬月額 500,000円(短期・30等級)
- 平均標準報酬月額 380,000円(平均標準報酬月額)

(1)退職時の標準報酬月額と平均標準報酬月額を比較し、いずれか少ない額を算定基礎額とし、任意継続掛金を算定します。

①任意継続掛金の標準となる額

ア 退職時の標準報酬月額:500,000円	}	<u>いずれか少ない額</u>
イ 平均標準報酬月額 :380,000円		

よって、任意継続掛金の標準となる額は、イの380,000円です。

②任意継続掛金の月額

$380,000円 \times 95.96/1,000 = 36,464円$ (円未満切り捨て)

(2)40歳以上65歳未満の方は、介護分の掛金を別途徴収します。

①介護掛金の月額

$380,000円(※1) \times 16.66/1,000 = 6,330円$ (円未満切り捨て)

(※1 算定基礎額は(1)と同じです)

2 任意継続掛金の納付方法

任意継続掛金の納付方法は、毎月払い及び前納(半期払い又は年払い)があります。

資格取得時に振込依頼書を送付しますので、記載されている納付期限(基本的に前月末日)までに金融機関窓口でお振込ください。(振込に係る金融機関手数料の別途負担が必要です。)

なお、毎月及び半期払いの場合は、資格取得時と9月の2回に分けて送付します。

(1) 前納

任意継続掛金の前納は、4月から9月又は10月から翌年3月の6か月間(半年払い)と4月から翌年3月の12か月間(年払い)を単位として行うことができます。

ただし、年度の中途に資格を喪失することが明らかである者については、この6か月間又は12か月間のうち、資格を喪失する月の前月までの期間について掛金の前納を行うことができます。(前納する期間が2か月以上必要です。)

【例：4月資格取得、7月就職確実な場合、4月から6月分の3か月分を前納する。】

なお、任意継続掛金を前納しようとする者は、前納すべき額を、前納に係る期間の最初の月の前月の末日までに、払い込まなければなりません。

(2) 前納の場合の任意継続掛金の額

任意継続掛金を前納する場合の掛金額は、任意継続掛金の月額に次の前納率を乗じて得た額となります。

前納期間	前納率	前納期間	前納率	前納期間	前納率
2月	1.9902215	6月	5.9318472	10月	9.8222773
3月	2.9804642	7月	6.9092282	11月	10.7869636
4月	3.9674757	8月	7.8834200	12月	11.7485020
5月	4.9512666	9月	8.8544329		

【任意継続掛金の前納の例】（令和6年度の掛金率を使用）

- 3月末日退職者で、任意継続掛金の月額が36,464円の場合
(介護任意継続掛金は、月額を6,330円として同様に計算します。)

(1)3月中旬までに申出をした場合(申出書は2月末日までに地共済必着)

①4月から9月までの6か月間分前納の場合

前納すべき額: $36,464円 \times 5.9318472 = 216,299円$ (円未満四捨五入)

(軽減額: $36,464円 \times 6 - 216,299円 = 2,485円$)

②4月から翌年3月までの12か月間分前納の場合

前納すべき額: $36,464円 \times 11.7485020 = 428,397円$ (円未満四捨五入)

(軽減額: $36,464円 \times 12 - 428,397円 = 9,171円$)

- 上記①、②に係る払込期日は、3月31日となります。

(2)4月1日に任意継続組員資格取得の申出をした場合

(4月分36,464円は、4月19日(退職から20日以内)までに別途納付となります。)

① 5月から9月までの5か月間分前納の場合

前納すべき額: $36,464円 \times 4.9512666 = 180,543円$ (円未満四捨五入)

(軽減額: $36,464円 \times 5 - 180,543円 = 1,777円$)

② 5月から翌年3月までの11か月間分前納の場合

前納すべき額: $36,464円 \times 10.7869636 = 393,336円$ (円未満四捨五入)

(軽減額: $36,464円 \times 11 - 393,336円 = 7,768円$)

- 上記①、②に係る払込期日は、4月30日となります。

！ 注意事項 ！

払込期日が日曜日、国民の祝日又は金融機関の休業日に当たるときは、その翌日

掛金納付に際しては、振込手数料が発生しますので、ご留意願います。

(琉球銀行での振り込みの場合、3万円以上550円、3万円未満330円。(R6年12月現在)

(沖縄銀行での振り込みの場合、3万円以上770円、3万円未満600円。(R6年12月現在)

第2編 退職後の医療保険制度について

「任意継続掛金」試算表

＜事例①＞ 算定基礎額が380,000円以上の場合（例 500,000円：算定基礎限度額の380,000円を標準として掛金を算定する）

〔令和7年3月31日〕退職者用

〔資格取得申出書〕は令和7年2月末日までに提出してください。

↓入力してください↓

算定基礎額	500,000円	掛金月額	
算定基礎限度額	380,000円	短期掛金(95.96%)	介護掛金(16.66%)
資格取得	令和7年4月1日	36,464円	6,330円

・掛金額は、令和6年12月時点の「率」・「限度額」により計算しております。
 ・掛金率や限度額、標準報酬月額の変更に伴い掛金額は変動します。且安としてご利用ください。

	合計	任意継続掛金	介護任意継続掛金
1年前納の場合			
年間総額	502,765円	428,397円	74,368円
半年前納の場合			
(4月～9月分)	253,848円	216,299円	37,549円
(10月～3月分)	253,848円	216,299円	37,549円
年間総額	507,696円	432,598円	75,098円
毎月払いの場合 (月額×12月)			
年間総額	513,528円	437,568円	75,960円

納付期限
令和7年4月1日
令和7年4月1日
令和7年9月30日
各月前月の末日 例：4月分＝令和7年4月1日 5月分＝令和7年4月30日 以降、各月の前月末日

◇重要◇
納付期限まで
資格取得までに
きりません。

(介護掛金は、40歳以上65歳未満の方が対象となります。)

(40歳以上とは、誕生日の前日の属する月からとなります。 <4月1日生まれなら39歳の3月分から>
 (65歳未満とは、誕生日の前日の属する月の前月までとなります。 <4月1日生まれなら64歳の2月分まで>)

「任意継続掛金」試算表

＜事例②＞ 算定基礎額が380,000円以下の場合（例 300,000円：算定基礎額の300,000円を標準として掛金を算定する）

〔令和7年3月31日〕退職者用

〔資格取得申出書〕は令和7年2月末日までに提出してください。

↓入力してください↓

算定基礎額	300,000円	掛金月額	
算定基礎限度額	380,000円	短期掛金(95.96%)	介護掛金(16.66%)
資格取得	令和7年4月1日	28,788円	4,998円

・掛金額は、令和6年12月時点の「率」・「限度額」により計算しております。
 ・掛金率や限度額、標準報酬月額の変更に伴い掛金額は変動します。且安としてご利用ください。

	合計	任意継続掛金	介護任意継続掛金
1年前納の場合			
年間総額	396,935円	338,216円	58,719円
半年前納の場合			
(4月～9月分)	200,413円	170,766円	29,647円
(10月～3月分)	200,413円	170,766円	29,647円
年間総額	400,826円	341,532円	59,294円
毎月払いの場合 (月額×12月)			
年間総額	405,432円	345,456円	59,976円

納付期限
令和7年4月1日
令和7年4月1日
令和7年9月30日
各月前月の末日 例：4月分＝令和7年4月1日 5月分＝令和7年4月30日 以降、各月の前月末日

◇重要◇
納付期限まで
資格取得までに
きりません。

(介護掛金は、40歳以上65歳未満の方が対象となります。)

(40歳以上とは、誕生日の前日の属する月からとなります。 <4月1日生まれなら39歳の3月分から>
 (65歳未満とは、誕生日の前日の属する月の前月までとなります。 <4月1日生まれなら64歳の2月分まで>)

※この試算表は、①コーラル21職員厚生課掲示板及び②沖縄県ホームページに掲載していますので、ご利用ください。

- ①地共済 ⇒ [退職時の手続関係(任意継続等)] ⇒ [「任意継続掛金」試算表(共済管理班)]
 ②沖縄県のホームページ ⇒ [組織で探す] ⇒ [職員厚生課] ⇒ 地方職員共済組合沖縄県支部
 ⇒ <任意継続関係> ⇒ 「任意継続掛金」試算表(共済管理班)

第2編 退職後の医療保険制度について

地 共 沖 第 号
令 和 7 年 月 日

900-0022

沖縄県那覇市泉崎1-2-2

沖縄 県太 様

地方職員共済組合沖縄県支部長

組合員番号 0011111

令和7年度 任意継続掛金は下記のとおり決定しましたので通知します。
なお、振込金（兼手数料）受取書は、年末調整又は確定申告の際必要となりますので、
大切に保管して下さい。

記

1 任意継続掛金

納入掛金額	502,765 円 (A + B)
掛金額内訳	任意継続掛金 428,397 円 …… A
	介護掛金額 74,368 円 …… B
掛金月額	任意継続掛金月額 36,464 円
	介護掛金月額 6,330 円
算定係数	月数 12 ヶ月分
	前納率 11.74850200

(注) サンプルは、令和6年度の掛金率及び掛金額です。

2 払込額及び振込期限

掛金振込金通知書に記載のとおり

※振込期限内に掛金の払込みがない場合は、任意継続組合員の資格を喪失します。

3 任意継続掛金標準額及び掛金率

任意継続掛金標準額	380,000 円
(令和5年度 ※ 平均標準報酬月額 380,000 円、退職時の標準報酬月額 500,000 円)	
短期掛金率	千分の 95.960
介護掛金率	千分の 16.660

※平均標準報酬月額とは、当組合における全組合員の前年度の9月30日における標準報酬月額の平均額です。

「掛金決定通知」のサンプル

第5章 特定健康診査・特定保健指導について

1 特定健康診査（特定健診）

(1) 特定健診とは

40歳～74歳の方が対象です。生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームやその予備群を早期に発見し、生活習慣病の発症リスクを減らすことを目的に、各医療保険者が実施します。

(2) 健診内容

・身体計測、血圧測定、血液検査(脂質、糖、肝機能、腎機能)、尿検査

(3) 利用について【地方職員共済組合任意継続組合員・被扶養者の皆様 向け】

通知時期： 毎年6月頃に、「特定健診受診券(セット券)」を自宅宛に発送します。

料金： 無料

利用方法： 市町村の集団健診 もしくは 契約医療機関を利用できます。

※任意継続組合員及びその被扶養者は「地共済人間ドック」事業の対象外です。

なお、「特定健診受診券」を人間ドックの一部補助として使用できる場合がありますので、ご希望の方は各医療機関へお問い合わせの上ご利用ください。

※地共済以外の医療保険に加入する方は、加入先へお問い合わせください。

※40歳未満の任意継続組合員及び被扶養者は特定健診の対象外ですが、市町村の実施する健診を利用できる場合があります。詳しくはお住まいの市町村へお問い合わせください。

2 特定保健指導

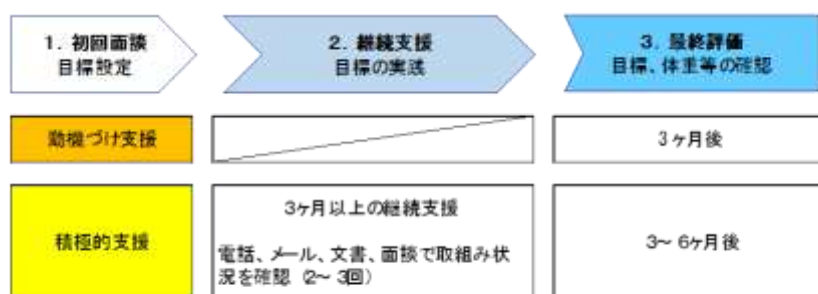
(1) 特定保健指導とは

40歳以上で、健診結果から指導が必要と判断(階層化)された方が対象です。将来の糖尿病や心臓病といった生活習慣病の発症リスクを減らすためのサポート(面談等)をおこないます。

第2編 退職後の医療保険制度について

(2) 保健指導の流れ

健診結果をもとに、動機付け支援、積極的支援に階層化し、3～6ヶ月間の支援を行います。



※面談の所要時間は20～30分
※最終評価は、電話やメール等で実施します

【地共済から他の保険へ異動される方へ】

特定保健指導では、経年的な健診データをもとに生活習慣改善を促すアドバイスを行います。過去の健診結果は大切に保管し、保健指導の際に提示していただくようご協力をお願いします。

【特定健診受診券の封筒】 色つきの封筒が送付されます。



ご自身の健康維持のため、退職後も継続して
健診を受診しましょう！

～定年後もいきいき過ごすために～

年1回、特定健診・保健指導(対象となった方)を受けましょう！

生活習慣病は自覚症状がないままに進行し、発見が遅れると重症化したり、日常生活に支障をきたす場合があります。特定健診や保健指導は、日頃気づきにくい体の変化を知る機会です。定年後も毎年必ず健診を受けるようにしましょう。

いきいき生活のヒント①運動習慣で認知症予防！

運動(身体活動)の習慣は、筋力を保持するだけでなく認知症の予防にも効果があります。身体に無理のない程度の運動習慣を身につけましょう。

筋肉を動かすことで脳の記憶に関わる「海馬」という部分が刺激され、神経細胞が増える！
→記憶力の向上、認知症予防

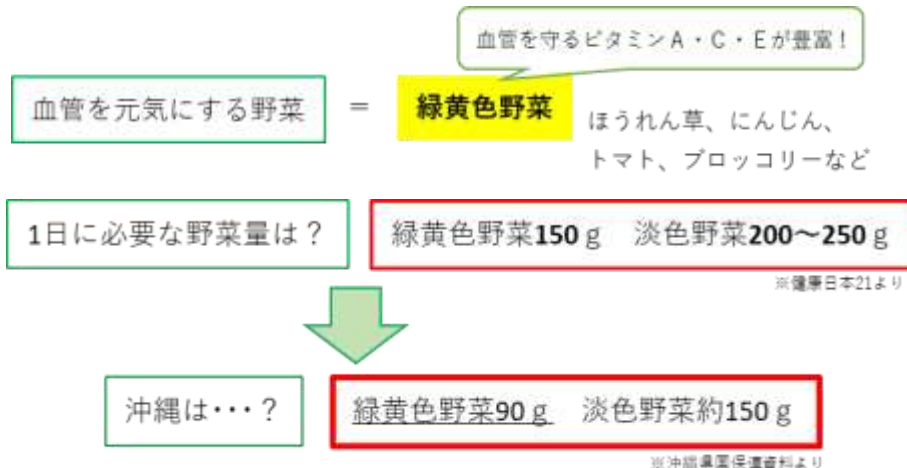
成長ホルモンの分泌が増える
→細胞や臓器の修復力を高める、若返り効果

内臓脂肪(お腹まわりの脂肪)や脂肪筋の改善
→血圧や血糖値の改善にもつながる！

筋肉を習慣的に動かすことで筋力保持！

いきいき生活のヒント② 野菜の力で血管を元気に！

丈夫な血管は健康づくりの土台です。元気な血管を作る食事の一つ、野菜についてご紹介します。



普段、どのくらい野菜を食べているかチェックしてみましょう！

第2編 退職後の医療保険制度について

第6章 短期給付について

1 給付について

任意継続組合員とその被扶養者が受けることのできる医療給付は、在職中の給付と同様です。なお、医療給付以外の短期給付についても、在職中と同様の給付を受けられますが、**休業給付（傷病手当金、出産手当金、休業手当金、育児休業手当金、介護休業手当金及び傷病手当金附加金）**は、給付対象から除かれます。

ただし、組合員となって1年以上の退職で、退職日時時点で傷病手当金(傷病手当金附加金を除く)を受けているか、勤務できない状態となった日から3日以降に退職を迎えた場合で、退職後も引き続き働くことができない状態であれば、1年6ヶ月から支給済みの期間を除いて傷病手当金を受給することができます。

2 組合員資格喪失後の短期給付について

組合員の資格を喪失した後も、一定の期間に限り、次のような短期給付が受けられます。

種別	支給要件	支給額
出産費	1年以上組合員であった女子組合員が退職後、6ヶ月以内に出産したとき。	488,000円 または 500,000円
埋葬料	組合員であった者が退職後3ヶ月以内に死亡したとき。	50,000円

- (1) 任意継続組合員にあつては、「組合員」を「任意継続組合員」、「退職後」を「任意継続組合員の資格喪失後」に読み替える。
- (2) 退職後、出産するまでの間又は退職後、死亡するまでの間に、他の共済組合や健康保険等の被保険者の資格を取得したときは、出産費又は埋葬料は支給されません。

健康保険証をお使いの皆さまへ



ぜひ、一度使ってみませんか？ マイナンバーカードの保険証利用

1 データに基づく最適な医療が受けられる

過去に処方されたお薬や特定健診などの情報が医師・薬剤師に共有され(※)、データに基づく最適な医療が受けられるようになります。

※ マイナンバーカードを健康保険証として利用し、医師等と過去の情報を共有した場合には、健康保険証で受診した場合と比べて、初診時等の医療機関・薬局での窓口負担が低くなります。

2 転職や転居等による保険証の切り替えや更新が不要

今後、転職や転居などで必要だった保険証の切り替えや更新が不要になります。

※ なお、新しい保険者への加入手続は必要です。

3 手続きなしで高額療養費の限度額を超える支払いが免除

限度額適用認定証等がなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払いが確実に免除されます。

! マイナンバーカードを健康保険証として利用するための登録がまだの方は、以下2つの準備をお願いします。

STEP1.

マイナンバーカードを申請

■申請方法は選択可能です

- ① オンライン申請
(パソコン・スマートフォンから)
- ② 郵便による申請
- ③ まちなかの
証明写真機からの申請



STEP2.

マイナンバーカードを 健康保険証として登録

■利用登録の方法

- ① 「マイナポータル」から行う
- ② セブン銀行ATMから行う
- ③ 医療機関・薬局の受付で行う



ご利用の案内
(当組合HPへ)



※マイナンバーカード及び健康保険証の利用登録の問い合わせ先 【 0120-95-0178 】

◆◆ 地方職員共済組合 沖縄県支部

様式及び記載例

第2編 退職後の医療保険制度について

事務次長	年金班長	班長	担当	原 票	証返還 ※地共済記入
					<input type="checkbox"/> 組合員証等 <input type="checkbox"/> 被扶養者証() <input type="checkbox"/> 限度額証()

組 合 員 異 動 報 告 書

※交付を受けているすべての組合員証等を添付してください。

※年度途中に退職する場合、退職辞令の写し(任期満了の場合は、辞令の写し)を添付してください。

	資格喪失証明希望
	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書の交付を希望する <small>※資格喪失証明書は、他の健康保険に加入する際に必要となる場合があります。 交付希望の方は、チェックを入れてください。 組合員の自宅あて送付いたします。</small>
<small>※組合員番号は7桁・右詰で記入。 (桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)</small>	
組 合 員 番 号	組 合 員 氏 名
性別	生 年 月 日
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
退職・任期満了後の住所	
〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> ※退職・任期満了後も給付や通知等に使用します。	

異 動 前 所 属 機 関	異 動 後 所 属 機 関
異動年月日(退職日の翌日)	異 動 理 由
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出(<input type="checkbox"/> 他の共済 <input type="checkbox"/> 国の共済 <input type="checkbox"/> 地共済他支部) <input type="checkbox"/> その他()
<p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>	
地共済受付印	所属所受付印
	所属所担当者チェック欄(添付書類確認)
	<input type="checkbox"/> 退職辞令の写し(任期満了の場合は辞令の写し) <small>※(退職)辞令の写しは年度途中の場合のみ提出</small> <input type="checkbox"/> 交付を受けている全ての組合員証等
	所属所担当者氏名
	所属所担当連絡先

事務次長	年金班長	班長	担当	原	票	証返還 ※地共済記入
退職・任期満了時の記入						<input type="checkbox"/> 組合員証等 <input type="checkbox"/> 被扶養者証() <input type="checkbox"/> 限度額証()

組 合 員 異 動 報 告 書

※交付を受けているすべての組合員証等を添付してください。

※年度途中に退職する場合、退職辞令の写し(任期満了の場合は、辞令の写し)を添付してください。

資格喪失証明希望			
<input checked="" type="checkbox"/> 資格喪失証明書の交付を希望する <small>※資格喪失証明書は、他の健康保険に加入する際に必要となる場合があります。 交付希望の方は、チェックを入れてください。 組合員の自宅あて送付いたします。</small>			
<small>※組合員番号は7桁・右詰で記入。 (桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)</small>			
組合員番号	組合員氏名	性別	生年月日
0 0 0 0 0 0 0	共済 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 50 年 11 月 11 日
退職・任期満了後の住所			
〒 0 0 0 - 0 0 0 0		※退職・任期満了後も給付や通知等に使用します。	
沖縄県那覇市〇番地〇		該当する箇所に☑を入れてください。	
異動前所属機関		異動後所属機関	
〇〇部〇〇課・〇〇病院		〇〇部〇〇課・〇〇病院	
異動年月日(退職日の翌日)		異動理由	
令和 6 年 4 月 1 日		<input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出(<input type="checkbox"/> 他の共済 <input type="checkbox"/> 国の共済 <input type="checkbox"/> 地共済他支部) <input type="checkbox"/> その他()	
<p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">地方職員共済組合沖縄県支</p> <p style="text-align: center;">令和 6 年 4 月 2 日</p> <p style="text-align: center;">職名 所属所名 所属所長 氏名</p>			
地共済受付印		所属所受付印	
(受付印)		所属所担当者チェック欄(添付書類確認)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 退職辞令の写し(任期満了の場合は辞令の写し) <small>※(退職)辞令の写しは年度途中の場合のみ提出</small>	
		<input type="checkbox"/> 交付を受けている全ての組合員証等	
		所属所担当者氏名 共済 三郎	
		所属所担当連絡先 IP:0000	

第2編 退職後の医療保険制度について

事務長	事務次長	班 長	担 当	掛 金 担 当

※地共済記入	任意継続組合員番号	種別	任意継続組合員資格取得月日			
			年号	年	月	日

保険証の発行は廃止となっています。マイナ保険証を利用できない方には資格確認書を発行します。

資格確認書要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
発行希望理由番号に○をして下さい。	
1 マイナンバーカードを保有していない	
2 マイナ保険証利用登録していない(利用を解除した)	
3 マイナ保険証の受診に第三者の介助が必要	
4 その他()	

任意継続組合員資格取得申出書

組合員番号(7桁)	地・沖縄							
フリガナ			生年月日	昭和	年	月	日	男女
組合員氏名			及び性別	平成				
退職年月日	令和	年	月	日	退職時の所属機関名			
退職時の標準報酬の月額	等級(短期)							等級
	月額(短期)							円
掛金納付方法 (いずれかを○で囲んでください)	1年前納		半年前納		毎月払			
<p>地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定に基づき、同条同項の規定の適用を受けたいので申し出ます。</p> <p>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>郵便番号 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>住 所</p> <p>申出者 氏 名 印</p> <p>電 話 番 号 (自 宅)</p> <p style="text-align: center;">(携 帯)</p>								

※資格確認書の送付先となります。退職後、住所変更予定の方は下記を記入願います。

新住所	〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

住所変更予定日	令和	年	月	日				

地共済受付印

第2編 退職後の医療保険制度について

任意継続を希望する方のみ提出。
《提出先》 **地共済**

事務長	事務次長	班長	担当	掛金担当

※地共済記入	任意継続組合員番号	種別	任意継続組合員資格取得月日			
			年号	年	月	日

保険証の発行は廃止となっています。マイナ保険証を利用できない方には資格確認書を発行します。

資格確認書要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要
発行希望理由番号に○をしてください。	
1 マイナンバーカードをも保有していない	
2 マイナ保険証利用登録していない(利用を解除した)	
3 マイナ保険証の受診に第三者の介助が必要	
4 その他()	

任意継続組合員資格取得申出書

組合員番号(7桁)	地・沖縄	1234	資格確認書の発行が必要な場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入の上、発行希望理由に○をつけてください。		
フリガナ	キョウサイ タロウ		生年月日	昭和	男
組合員氏名	共済 太郎		及び性別	平成	女
退職年月日	令和	6年3月31日	退職時の所属機関名	総務部職員厚生課	
退職時の標準報酬の月額	等級(短期)	28			等級
	月額(短期)	560,000			円
掛金納付方法 (いずれかを○で囲んでください)	<input checked="" type="radio"/> 1年前納		<input type="radio"/> 半年前納	<input type="radio"/> 毎月払	

地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定に基づき、同条の規定の適用を受けたいので申し出ます。

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

令和 6年 2月 1日

本枠内の疑義照会は、共済管理班へお願いします。

郵便番号 〒 900 - 0021

印もれ注意

住所 那覇市泉崎〇丁目〇番地〇号 アパート〇号室

申出者 氏名 共済 太郎 (印)

電話番号(自宅) 098-000-0000

(携帯) 090-0000-0000

※資格確認書の送付先となります。退職後、住所変更予定の方は下記を記入願います。

新住所	〒	906 - 0007
宮古島市平良字東仲宗根〇番地〇		
住所変更予定日	令和	6年4月1日

地共済受付印

事務長	事務次長	班長	担当	原票

任意継続組合員申出時の被扶養者取消確認書

※現在、認定されている被扶養者について、就職等により認定の継続を希望しない場合は、継続しない被扶養者氏名を下記に記入し提出してください。

(被扶養者の資格喪失日は、組合員の退職日の翌日となります)

組合員番号	組合員氏名	退職時の所属機関名

取消を受けようとする被扶養者										
1	被扶養者氏名				性別	続柄	生年月日			
	フリガナ				男 女		元	年	月	日
	漢字									
	住所	〒 [] [] [] [] - [] [] [] []								
2	被扶養者氏名				性別	続柄	生年月日			
	フリガナ				男 女		元	年	月	日
	漢字									
	住所	〒 [] [] [] [] - [] [] [] []								
3	被扶養者氏名				性別	続柄	生年月日			
	フリガナ				男 女		元	年	月	日
	漢字									
	住所	〒 [] [] [] [] - [] [] [] []								
<p>上記のとおり報告します。 地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 [] [] [] [] - [] [] [] []</p> <p style="text-align: right;">住所 組合員氏名</p>										

- ※ 1枚に収まらないときは複数枚作成し、まとめて提出してください。
- ※ 退職前に認定されていた任意継続組合員の被扶養者で、退職日以降も被扶養者の要件を満たす者は、自動的に認定継続となります。被扶養者全員を認定継続するのであれば、この書類は提出不要です。

地共済受付印

任意継続を希望し、認定取消を希望する被扶養者がいる場合のみ提出。
 ※該当者がいなければ提出の必要なし。
 《提出先》 地共済

任意継続組合員申出時の被扶養者取消確認書

※現在、認定されている被扶養者について、就職等により認定の継続を希望しない場合は、継続しない被扶養者氏名を下記に記入し提出してください。
 (被扶養者の資格喪失日は、組合員の退職日の翌日となります)

組合員番号							組合員氏名	退職時の所属機関名
1	2	3	4	5	6	7	共済 太郎	総務部職員厚生課

取消を受けようとする被扶養者													
1	被扶養者氏名						性別	続柄	生年月日				
	フリガナ		キョウサイ イチロウ				男	長男	元	年	月	日	
	漢字		共済 一郎						H	0	4	0	5
	住所		〒 812 - 0053		福岡県福岡市東区箱崎〇-〇-〇 アパート〇号室								
2	被扶養者氏名						性別	続柄	生年月日				
	フリガナ						男	女	元	年	月	日	
	漢字												
	住所		〒										
3	被扶養者氏名						性別	続柄	生年月日				
	フリガナ						男	女	元	年	月	日	
	漢字												
	住所		〒										

上記のとおり報告します。
 地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

令和 6 年 2 月 3 日

〒 900 - 0021
 那覇市泉崎〇丁目〇番地〇号 アパート〇号室

組合員 住所
 氏名 共済 太郎

- ※ 1枚に収まらないときは複数枚作成し、まとめて提出してください。
- ※ 退職前に認定されていた任意継続組合員の被扶養者で、退職日以降も被扶養者の要件を満たす者は、自動的に認定継続となります。被扶養者全員を認定継続するのであれば、この書類は提出不要です。

地共済受付印

第2編 退職後の医療保険制度について

事務長	事務次長	班 長	担 当	掛金担当	原 票

※地共済記入	資格喪失年月日				喪失理由		組合員証等返還	
	年号	年	月	日	<input type="checkbox"/> 他制度 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 組合員証等 <input type="checkbox"/> 被扶養者証 () <input type="checkbox"/> その他 ()		

任意継続組合員資格喪失申出書

※交付を受けた「全ての組合員証等」を添付して提出してください。

任意継続組合員 記 号 番 号	地・沖縄						
フリガナ			生年月日	昭和	年	月	日
氏名			及び性別	平成			男女
資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日						
備考	<p>該当する項目の番号を○で囲んでください。</p> <p>1 他の医療保険の組合員となる(再就職) ※1</p> <p>2 国民健康保険に加入する、家族の被扶養者となる ※2</p> <p>3 その他()</p>						
<p>地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定に基づき、同条第1項の規定の適用を受けなくなることを希望するので申し出ます。</p> <p>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>郵便番号 □□□□-□□□□</p> <p>住 所</p> <p>申出者 氏 名</p> <p>電 話 番 号</p>							

- ※1 健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者を除く。
 ※2 国民健康保険に加入したり、家族の被扶養者となる場合等
 任意継続組合員でなくなることを希望する旨を組合に申し出た場合
 においては、その申出が受理された日の属する月の末日が到来した
 その翌日から資格を喪失します(受理日以前に遡っての資格喪失
 はできません。)

地共済受付印

第2編 退職後の医療保険制度について

事務長	事務次長	班 長	担 当	掛金担当	原 票

※地共済記入	資格喪失年月日			喪失理由	組合員証等返還
	年号	年	月	日	<input type="checkbox"/> 他制度 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 組合員証等 <input type="checkbox"/> 被扶養者証 () <input type="checkbox"/> その他 ()

任意継続組合員資格喪失申出書

※交付を受けた「全ての組合員証等」を添付して提出してください。

任意継続組合員記号	地・沖縄	0	1	2	3	4	5	6
フリガナ	キョウサイ カズオ	生年月日		昭和	35年8月1日			男
氏名	共済 和夫	及び性別		平成				女
資格喪失年月日	令和 6 年 9 月 1 日							
備考	該当する項目の番号を○で囲んでください。 <input checked="" type="checkbox"/> 1 他の医療保険の組合員となる(再就職) ※1 <input type="checkbox"/> 2 国民健康保険に加入する、家族の被扶養者となる ※2 <input type="checkbox"/> 3 その他()							
地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定に基づき、同条第1項の規定の適用を受けなくなることを希望するので申し出ます。 地方職員共済組合沖縄県支部長 殿 令和 6 年 8 月 25 日 郵便番号 900-0021 住 所 沖縄県那覇市泉崎〇-〇-〇 申出者 氏 名 共済 和夫 電話番号 098-000-0000								

- ※1 健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者を除く。
 ※2 国民健康保険に加入したり、家族の被扶養者となる場合等任意継続組合員でなくなることを希望する旨を組合に申し出た場合においては、その申出が受理された日の属する月の末日が到来したその翌日から資格を喪失します(受理日以前に遡っての資格喪失はできません。)

地共済受付印

記入例

任意継続掛金還付請求書

※ 交付を受けた全ての組合員証等の返還を確認後還付となります。

超過納付額		納付期間	
項目	任意継続掛金	金額については、 空欄としていただ いて結構です。	令和 年 月分
	介護掛金		〃 年 月分
目			令和 年 月分
	計		
還付事由		就職により、他保険加入のため。 など	

上記のとおり還付請求します。

令和 年 月 日

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

〒900-0021

住所 沖縄県那覇市泉崎1-2-2

氏名 沖縄 県太

※いずれかにを入れてください。

公金受取口座を利用する

(利用する場合は口座情報の記入不要)

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

マイナポータルに公金受取口座を登録していない方は、右欄で振込口座を指定してください。

振込口座を指定する

原則として、組合員本人の口座をご指定ください。

振込金融機関	〇〇銀行
支店名	△△支店
預金種目	普通預金
口座番号	123456
フリガナ	村切 ケタ
口座名義	沖縄 県太

第2編 退職後の医療保険制度について

事務次長	年金班長	班長	担当	原票	証返還 ※地共済記入 <input type="checkbox"/> 組合員証等 <input type="checkbox"/> 被扶養者証() <input type="checkbox"/> 限度額証()
------	------	----	----	----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

任期更新(再就職)にかかる

〔一般組合員〕異動報告書
〔船員一般組合員〕資格取得届書

※7桁・右詰で記入(桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)

(旧)組合員番号(職員番号)	5 0 0 0 0 0 0	基礎年金番号									
(現)組合員番号(職員番号)	5 0 0 0 0 0 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
フリガナ	キョウサイ	タロウ	生年月日			年齢	性別				
組合員氏名	共済	太郎	年号	年	月	日	年齢	性別			
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	50	11	11	47	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			

(異動報告記入欄)

退職日(前回任期満了日)	異動前所属機関 (〇〇部〇〇課・〇〇病院)	
年号 年 月 日	〇〇部〇〇課・〇〇病院	
令和 6 3 31		

〇「年齢」は資格取得日時点を記入。
〇「資格取得年月日」等は任用通知書(辞令)に記載されている日付を記入。
〇「給与所属コード」は庶務担当者に確認。

(資格取得記入欄)

資格取得年月日	任期満了年月日	給与所属コード(6桁)	(現)所属機関(〇〇部〇〇課・〇〇病院)
年 月 日	年 月 日		
令和 6 4 1	令和 7 3 31	000000	〇〇部〇〇課・〇〇病院

資格取得理由 任期更新または再就職(一般 → 一般) 種別変更(短期 → 一般)

(フリガナ) 現住所 〒 0000-0000 ※住民票に記載されている住所を記入してください。(資格取得日時点)
フリガナ: オキナワケンナハシ〇バンチ〇
住所: 沖縄県那覇市〇番地〇

該当する箇所には☑を入れてください。

金融機関指定口座 ※組合員名義	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	普通預金口座番号(7桁・右詰)
	〇〇銀行	00000	〇〇支店	000	00000000000

資格確認書発行要否 発行が必要 ※マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。
※発行希望理由に〇を付けてください。

1. マイナンバーカードを持っていないため 2. マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため)
3. マイナ保険証による受診に第三者の介助が必要なため 4. その他()

下記の組合員の適用基準を確認し、該当項目に☑を入れてください。
☑ 雇用期間が2ヶ月超(見込み)である。 資格確認書の発行が必要な場合は、☑を記入の上、発行希望理由に〇をつけてください。

2ヶ月超見込みで間違いなければ、☑を入れてください。

氏名 共済 太郎
組合員届出日以降の日付を記入

令和 6 年 4 月 5 日 職名 所属所名
所属所長名 所属所長名
所属所長名 所属所長名

地共済交付印	所属所交付印	<input checked="" type="checkbox"/> 辞令の写し ※病院勤務の会計フル13ヶ月目以降の場合は「昨年の辞令の写し」も添付 ※前任期の「退職辞令の写し」も添付 - 交付を受けている全ての組合員証等 - 年金加入期間等報告書 ※初めて一般組合員になる場合のみ	<input type="checkbox"/> 住民票抄本(謄本) ※住所に変更があった場合のみ
受付		所属所担当者氏名	共済 三郎
		所属所担当者連絡先	IP:0000

第2編 退職後の医療保険制度について

短期様式

事務次長	班長	担当	原票	証返還 ※地共済記入 <input type="checkbox"/> 組合員証等 <input type="checkbox"/> 被扶養者証() <input type="checkbox"/> 限度額証()
------	----	----	----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

任期更新(再就職)にかかる

{ 短期組合員 } 異動報告書
{ 船員短期組合員 } 資格取得届書

(旧)組合員番号(職員番号)		※7桁・右詰で記入 (桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)
(現)組合員番号(職員番号)		
フリガナ		生年月日 年号 年 月 日 年齢 性別
組合員氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

(異動報告記入欄)

退職日(前回任期満了日)	異動前所属機関(〇〇部〇〇課・〇〇病院)
年号 年 月 日	
令和	

- 「年齢」は資格取得日時点を記入。
- 「資格取得年月日」等は任用通知書(辞令)に記載されている日付を記入。
- 「給与所属コード」は庶務担当者に確認。

(資格取得記入欄)

資格取得年月日	任期満了年月日	給与所属コード(6桁)	(現)所属機関(〇〇部〇〇課・〇〇病院)
年 月 日	年 月 日		
令和	令和		

資格取得理由 任期更新または再就職(短期 → 短期) 種別変更(一般 → 短期)

(フリガナ) 現住所 〒.....-.....-..... ※住民票に記載されている住所を記入してください。(資格取得日時点)
フリガナ:
住所:

金融機関指定口座 ※組合員名義	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	普通預金口座番号(7桁・右詰)

資格確認書発行要否 発行が必要 ※マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。
※発行希望理由に○を付けてください。

1. マイナンバーカードを持っていないため 2. マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため)
3. マイナ保険証による受診に第三者の介助が必要なため 4. その他()

下記の短期組合員等の適用基準を確認し、該当項目に☑を入れてください。

□ 下記(1)または(2)に該当します。

(1) 一週間の勤務時間及び一月間の勤務日数が常勤職員の4分の3以上であり、雇用期間が2ヶ月超(見込み)である。	(2) 一週間の勤務時間及び一月間の勤務日数が常勤職員の4分の3未満であり、下記の①～④の全てに該当する。
① 雇用期間が2ヶ月超(見込み)である。	② 報酬月額が88,000円以上である。
③ 週の所定勤務時間が20時間以上である。	④ 学生ではない。

上記のとおり組合員の資格を喪失しましたので届け出ます。
地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

令和 年 月 日 氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日 所属所長 職名
氏名

地共済受付印	所属所受付印	所属担当者チェック欄(添付書類確認)
		<input type="checkbox"/> 辞令の写し ※前任期の「退職辞令の写し」も添付 <input type="checkbox"/> 交付を受けている全ての組合員証等 <input type="checkbox"/> 住民票抄本(謄本) ※住所に変更があった場合のみ 所属所担当者氏名 所属所担当者連絡先

第2編 退職後の医療保険制度について

短期様式

事務次長	班長	担当	原票	証返還 ※地共済記入 <input type="checkbox"/> 組合員証等 <input type="checkbox"/> 被扶養者証() <input type="checkbox"/> 限度額証()
------	----	----	----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

任期更新(再就職)にかかる

{ 短期組合員 } 異動報告書
{ 船員短期組合員 } 資格取得届書

(旧)組合員番号(職員番号)	6 0 0 0 0 0 0	※7桁・右詰で記入			
(現)組合員番号(職員番号)	6 0 0 0 0 0 0	(桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)			
フリガナ	キョウサイ	タロウ	生年月日	年齢	性別
組合員氏名	共済	太郎	昭和 平成	50 11 11	47 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
(異動報告記入欄)		退職日(前回任期満了日) 異動前所属機関(〇〇部〇〇課・〇〇病院) 年号 年 月 日 令和 6 3 31 〇〇部〇〇課・〇〇病院 ※「年齢」は資格取得日時点を記入。 ※「資格取得年月日」等は任用通知書(辞令)に記載されている日付を記入。 ※「給与所属コード」は庶務担当者に確認。			
(資格取得記入欄)		資格取得年月日 任期満了年月日 給与所属コード(6桁) (現)所属機関(〇〇部〇〇課・〇〇病院) 年 月 日 年 月 日 令和 6 4 1 令和 7 3 31 0 0 0 0 0 0 〇〇部〇〇課・〇〇病院 資格取得理由 <input checked="" type="checkbox"/> 任期更新または再就職(短期→短期) <input type="checkbox"/> 種別変更(一般→短期)			
(フリガナ) 現住所	〒 0 0 0 0 - 0 0 0 0 ※住民票に記載されている住所を記入してください。(資格取得日時点) フリガナ: オキナワケンナハシ〇パンチ〇 住所: 沖縄県那覇市〇番地〇 該当する箇所に☑を入れてください。				
金融機関指定口座 ※組合員名義	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	普通預金口座番号(7桁・右詰)
	〇〇銀行	0 0 0 0	〇〇支店	0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。 ※発行希望理由に〇を付けてください。 1. マイナンバーカードを持っていないため 2. マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため) 3. マイナ保険証による受診に第三者の介助が必要なため 4. その他()				
下記の短期組合員等の適用基準を確認し、 <input checked="" type="checkbox"/> 下記(1)または(2)に該当します。 (1) 一週間の勤務時間及び一月間の勤務日数 (2) 一週間の勤務時間及び一月間の勤務日数が常勤職員の4分の3未満であり、下記の①～④の全てに該当する。 ① 雇用期間が2ヶ月超(見込み)である。 ② 報酬月額が88,000円以上である。 ③ 週の所定勤務時間が20時間以上である。 ④ 学生ではない。 上記のとおり組合員の資格を喪失しましたので届け出ます。 地方職員共済組合沖縄県支部長 殿 令和 6 年 4 月 3 日 氏名 共済 太郎					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 組合員届出日以降の日付を記入 令和 6 年 4 月 5 日 所属所長 職名 〇〇部〇〇課・〇〇病院 氏名 共済 二郎(課長名)					
所属担当者は書類が添付されていることを確認し、☑を入れてください。					
所属担当者チェック欄(添付書類確認) <input checked="" type="checkbox"/> 辞令の写し ※前任期の「退職辞令の写し」も添付 <input checked="" type="checkbox"/> 交付を受けている全ての組合員証等 <input checked="" type="checkbox"/> 住民票抄本(謄本) ※住所に変更があった場合のみ					
所属所担当者氏名 共済 三郎			所属所担当者連絡先 IP:0000		

受付印

第2編 退職後の医療保険制度について

事務次長	事務次長	班長	担当	原票

任期更新(再就職)にかかる
被扶養者申告書
継続認定申立書

- 国民年金第3号被保険者届
※ 組合員種別が変更になる場合で、60歳未満の被扶養者を認定する場合は、「国民年金第3号被保険者関係届」の提出が必要です。

※7桁・右詰で記入
(桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)

組合員番号(旧) (職員番号)	地・沖縄									生 年 月 日				
組合員番号(現) (職員番号)	地・沖縄									昭和	年	月	日	生
フリガナ											所属機関名(〇〇部〇〇課・〇〇病院)			
組合員氏名														

○配偶者情報は①の太枠部分にご記入ください。 ※短期組合員の場合は「基礎年金番号」記入不要

「年間収入推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労収入、資産所得、事業所得、その他の収入の推計額を記入してください。

フリガナ 被扶養者氏名	生年月日		年齢	住所		性別	続柄 (妻・長男等)	仕事の 有無	年間収入 推計額	被扶養の要件を備えた 年月日・理由	資格確認書の 発行	※該当箇所 に「○」を記入
	年	月		日	別居の場合、住所を記入							
①	昭和				[同居・別居]	男		有・無	約 万円	令和 年 月 日	要	扶養手当 受給有無
	平成		歳			女					発行理由 ※下記理由より番号を記入	有・無
配偶者基礎年金番号												
②	昭和				[同居・別居]	男		有・無	約 万円	令和 年 月 日	要	扶養手当 受給有無
	平成					女					発行理由	有・無
③	昭和				[同居・別居]	男		有・無	約 万円	令和 年 月 日	要	扶養手当 受給有無
	平成					女					発行理由	有・無
④	昭和				[同居・別居]	男		有・無	約 万円	令和 年 月 日	要	扶養手当 受給有無
	平成					女					発行理由	有・無

地方職員共済組合 沖縄県支部長 殿 上記の者は、地方職員共済組合沖縄県支部における認定更新又は検認の後において、所得及び同居要件等に関し、変動が無いことを申し立てます。 申立内容が事実と異なった場合及び被扶養者自身の年間収入の増加・他保険への加入・雇用保険の受給・同居区分の変更・組合員の扶養実態(主たる扶養者)に変更が生じた場合は、すみやかに地共済へ届出を行うとともに、遡って認定を取り消された場合は、無資格期間の医療費等について返納することに同意します。	※地共済記入	※認定年月日		※認定区分	備考
	決定	令和	年	月	日

令和 年 月 日
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日 職名
所属所長 氏名

地共済受付印	所属所受付印	所属所担当者チェック欄(記載内容・添付書類等)
		所属所受付日が被扶養の要件を備えた年月日より30日以内となっている。 ※30日を超えている場合は、所属所受付日が認定日となります。 □ 扶養手当受給有無に○を記入した。(扶養手当認定担当者にて記入) ※扶養手当が認定・取消されている場合は「扶養手当認定簿の写し」も添付してください。 □ 被扶養者の氏名・フリガナ・生年月日・その他記載内容や添付資料に不備がないことを確認した。
		所属所担当者名
		所属所担当者連絡先

- ※ 資格確認書発行理由は下記から選択して記入してください。(マイナ保険証利用可能な方は交付対象外です)
- ① マイナンバーカードをもっていないため
 - ② マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため)
 - ③ マイナ保険証による受診が困難で、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ため(高齢者、障害者等)
 - ④ その他()

第2編 退職後の医療保険制度について

事務次長	事務次長	班長	担当	原票

任期更新(再就職)にかかる
被扶養者申告書
継続認定申立書

- 国民年金第3号被保険者届
※ 組合員種別が変更になる場合で、60歳未満の被扶養者を認定する場合は、「国民年金第3号被保険者関係届」の提出が必要です。

※7桁・右詰で記入
(桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)

組合員番号(旧) (職員番号)	地・沖縄	6	0	0	0	0	0	0
組合員番号(現) (職員番号)	地・沖縄	6	1	1	1	1	1	1
フリガナ	キョウサイ タロウ				所属機関名(〇〇部〇〇課・〇〇病院)			
組合員氏名	共済 太郎				〇〇部〇〇課・〇〇病院			

生 年 月 日
昭和 50 年 11 月 1 日 生
平成

〇配偶者情報は①の太枠部分にご記入ください。 ※短期組合員の場合は「基礎年金番号」記入
「年間収入推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労収入、資産所得、事業所得を記入してください。

フリガナ 被扶養者氏名	生年月日 年号 年 月 日	年齢	住所 別居の場合、住所を記入	性別	続柄 (妻、長男等)	仕事の有無	年間収入推計額	資格の要件を備えた 年月日・理由	資格確認書の発行	※該当する箇所 に「〇」を記入
① キョウサイ ハナコ 共済 花子	昭和 60 年 1 月 1 日 平成	38 歳	(同居) 別居 別居の場合、住所を記入	男 女	妻 妻	有・無 約 100 万円	100 万円	令和 6 年 4 月 1 日 採用に伴い	要 発行理由 ※下記理由より 番号を記入	有 無 有・無
配偶者基礎年金番号	0 0 0 0 0 0 0		アルバイト・パートも含む。							
②			(同居・別居)	男					要 発行理由	有・無
③				女					要 発行理由	有・無
④			(同居・別居)	男					要 発行理由	有・無

扶養手当認定担当者にて記入
扶養手当受給者の場合は、扶養手当認定簿も添付してください。

地方職員共済組合 沖縄県支部長 殿

※地共済記入 決定 令和 6 年 4 月 1 日

※認定区分 1. 普通認定 2. 特別認定

令和 6 年 4 月 1 日

氏名 共済 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 6 年 4 月 2 日

所属所長 氏名 共済 三郎

〇〇部〇〇課・〇〇病院

地共済受付印 所属所受付印

資格確認書の発行が必要な場合は、「要」をチェックのうえ、下記理由から番号を選択して記入。

所属所受付日(被扶養の要件を備えた年月日より30日以内)となっている。
※30日を超えている場合は、所属所受付日が認定日となります。

扶養手当受給有無に〇を記入した。(扶養手当認定担当者にて記入)
※扶養手当が認定・取消されている場合は「扶養手当認定簿の写し」も添付してください。

被扶養者の氏名・フリガナ・生年月日・その他記載内容や添付資料に不備がないことを確認した。

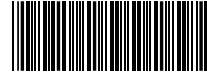
所属所担当者名 共済 三郎
所属所担当者連絡先 IP:0000

- ※ 資格確認書発行理由は下記から選択して記入してください。(マイナ保険証利用可能な方は交付対象外です)
- ① マイナンバーカードをもっていないため
 - ② マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため)
 - ③ マイナ保険証による受診が困難で、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ため(高齢者、障害者等)
 - ④ その他()

第2編 退職後の医療保険制度について

様式コード			
4	3	0	0

国民年金 第3号被保険者関係届



令和 年 月 日提出

提出	事業所所在地	届出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。 〒 -	日本年金機構
	事業所		
<p>○再任用フルタイム職員に再就職される方で、60歳未満の配偶者を扶養に入れる方のみ地共済へ提出。</p> <p>○再任用短時間職員は各所属から直接、年金事務所へ提出となります。</p>			
百俵者様	住所	都道府県	

届出内容に応じて、該当・非該当(変更)のいずれかを○で囲み、記入してください。

B. 第3号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 年 月 日				② 生年月日	5. 昭和	年	月	日	③ 性別(続柄)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
		日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名)				④ 個人番号 [基礎年金番号]						
	※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□											
	⑦ 住所	同居 別居	〒 -				⑥ 外国人通称名 (フリガナ)	⑧ 電話番号 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ()				
⑨ 該当 第3号被保険者 になった日	7. 平成	年	月	日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()						
	⑪ 配偶者の加入制度 31. 厚生年金保険・健康保険 36. 地方公務員等共済組合 30. 厚生年金保険・船員保険 32. 国家公務員共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団											
⑫ 非該当 (変更) 第3号被保険者 でなくなった日	7. 平成	年	月	日	⑬ 理由	⑭ 備考 1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()						

健康保険証の発行元に確認を受けてください。※届書記載の配偶者が協会けんぽ加入者の場合は、確認不要です。

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。	
	届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。	
	認定年月日 令和 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)	
	所在地	〒 -
名称		
代表者等氏名	Ⓜ	
電話	()	

第2編 退職後の医療保険制度について

この届書は、以下の場合に提出していただくものです。

- ・健康保険組合または共済組合・国民健康保険組合に加入する第2号被保険者の配偶者が国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・すでに健康保険・船員保険の被扶養者となっている配偶者が、20歳到達により国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・健康保険の任意継続中のため、配偶者の健康保険被扶養者とならず、国民年金第3号被保険者にのみ該当した場合
- ・国民年金第3号被保険者の収入が基準以上に増加したことによって扶養から外れた場合
- ・配偶者である第2号被保険者と離婚した場合

・この届出では、国民年金第3号被保険者にかかる資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)・資格喪失・死亡の届出、氏名・生年月日・性別の変更(訂正)の届出、被扶養配偶者非該当の届出をすることができます。

・次の場合は別様式での届出となりますのでご注意ください。

全国健康保険協会管掌の健康保険の届出を同時に行う場合→『健康保険被扶養者(異動)届・国民年金第3号被保険者関係届』

記入方法

<A 配偶者欄(第2号被保険者)>

- ①氏名 : 氏名は住民票に登録されている氏名を記入してください。
フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ②生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。
生年月日は右図のように記入してください。
- | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|
| ③
基礎
年金
番号 | 6 | 3 | 0 | 5 | 0 | 3 |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|
- ④個人番号
[基礎年金番号] : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。
個人番号または基礎年金番号を記入する場合は、記入する番号を確認した上で記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、10桁・左詰めして記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方は、基礎年金番号(10桁、左詰め)を記入してください。
- ⑤住所 : 「④個人番号[基礎年金番号]」欄に個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。
基礎年金番号を記入した場合は、必ず住民票の住所を記入してください。

<B 第3号被保険者欄> ①～④、⑦は必ず記入してください。また該当の場合は⑨～⑪を、亦該当・変更の場合は⑫～⑬を記入してください。

- ①氏名 : 第3号被保険者が配偶者(第2号被保険者)を通して、事業主にこの届書を提出する日付を記入してください。
なお、20歳未満または60歳以上の方は第3号被保険者には該当しませんので、ご注意ください。
氏名は住民票に登録されている氏名を記入し、押印してください。自署の場合は押印不要です。
- ③性別(続柄) : 該当する番号を○で囲んでください。内縁関係にある場合は、「3. 夫(未婚)」「4. 妻(未婚)」のいずれかを○で囲んでください。
- ④個人番号
[基礎年金番号] : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。
個人番号または基礎年金番号を記入する場合は、記入する番号を確認した上で記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、10桁・左詰めして記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方は、基礎年金番号(10桁、左詰め)を記入してください。
- ⑥外国人通称名 : 郵送物の宛名等について、通称名での登録を希望する場合は住民票に登録された通称を記入してください。
フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ⑦住所 : 配偶者(第2号被保険者)と同居または別居のどちらかを○で囲んだうえで、住民票の住所を記入してください。
※なお、住民票の住所と別の住所に通知書の送付を希望する場合、「国民年金第3号被保険者住所変更届」に別送先を記入して本届書と併せて提出してください。
- ⑨第3号被保険者
になった日 : 第3号被保険者に該当した日付を記入してください。
20歳到達により第3号被保険者に該当した場合は、20歳になる誕生日の前日を記入してください。
- ⑩第3号被保険者
でなくなった日 : 死亡の届出の場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった当日の日付を記入してください。
- ⑬備考 : 第3号被保険者等の氏名・生年月日・性別に変更(訂正)がある場合は、非該当(変更)を○で囲んでください。
変更(訂正)前の情報と変更年月日は右図のように記入してください。
なお、個人番号をお持ちの方は氏名および生年月日の変更の届出は不要です。

備 考	変更前氏名 コクネン サンコ 国年 三子 変更年月日 平成29年7月1日
--------	--------------------------------------------------

<医療保険者記入欄>

- 認定年月日 : 扶養認定日が「⑨第3号被保険者になった日」と相違する場合のみ記入してください。
- 代表者等氏名 : 代表者等氏名の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

添付書類

・医療保険者の扶養認定がされていない場合は、以下の添付書類が必要です。

ア 退職により収入要件を満たす場合	退職証明書または雇用保険被保険者離職票のコピー
イ 失業給付受給中、または受給終了で収入要件を満たす場合	雇用保険受給資格者証のコピー
ウ 年金受給中の場合	現在の年金受取額がわかる年金額の改定通知書等のコピー
エ 自営(農業等含む)による収入、不動産収入等がある場合	直達の確定申告書のコピー
オ 上記イウエ以外に他の収入がある場合	イウエに記した書類および課税(非課税)証明書
カ 上記ア～オ以外	課税(非課税)証明書

※「所得税法」の規定による控除対象配偶者・扶養親族で事業主の証明がある方は、原則として添付書類の添付は不要です。(※個別のケースによっては、提出をお願いする場合があります。)

・障害年金、遺族年金、傷病手当金、失業給付等非課税対象の収入がある場合は、受取金額の確認ができる通知書等のコピーが別途必要です。

・以下の続柄に該当する場合は添付してください。

続柄が被保険者の養育父母・ 養父母・父母・兄弟姉妹・ 配偶者・子・孫以外の場合	被保険者世帯全員の住民票の写し (証明できない場合は民生委員の同意証明書等)
配偶者と内縁関係にある場合	内縁関係にある両人の戸籍簿(抄)本、 被保険者世帯の全員の住民票の写し等

※提出日からさかのぼって90日以内に発行されたものであること

個人番号(マイナンバー)により届出する際の本人確認

- ・第3号被保険者が事業主(船舶所有者)・共済組合に届書を出すときは、事業主(船舶所有者)・共済組合において、マイナンバーが本人のものであることの確認と届書の提出を行う者が正当な番号の持ち主であることの確認を行う必要があるため、マイナンバーカード(個人番号カード)を届書に添付してください^{※1}。なお、郵送で届書を出す場合は、マイナンバーカードの表・裏両面のコピーを添付してください。
- ・配偶者(第2号被保険者)が第3号被保険者の代理人として届書を事業主(船舶所有者)・共済組合に提出するときは、第3号被保険者のマイナンバーカードの裏面のコピー又はマイナンバーが確認できる書類のコピー、及び代理権の確認ができる委任状^{※2}を添付してください。

※1: マイナンバーカードをお持ちでない方は、以下の①および②の書類を添付してください。

- ① マイナンバーが確認できる書類: 通知カード、個人番号の表示がある住民票の写し
- ② 身元(実存)確認書類: 運転免許証、パスポート、在留カードなど

※2: B 第3号被保険者欄①氏名欄の「添付書類の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□」の□に✓を付すことにより、委任状の添付を省略することができます。

※事業主(船舶所有者)・共済組合において本人確認を行った後の確認書類は、届書に添付して日本年金機構に提出する必要はありません。

第2編 退職後の医療保険制度について

様式コード
4 3 0 0

国民年金 第3号被保険者関係届



令和 年 月 日 提出

事業主(所属所)が記入してください。

提出者情報	届出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。
	事業所所在地 〒900-0000 沖縄県那覇市泉崎1-2-2
	事業所名称 沖縄県人事課総務事務センター
事業主氏名 室長 沖縄 太郎	
電話番号 03 (1234) 5678	
組合員記入欄	事業主等受付年月日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	社会保険労務士記載欄 氏名等

(提出先)所属所
退職後、再任用フルタイム職員に再就職される方で、60歳未満の配偶者を扶養に入れる方のみ提出。
※任意継続組合員の被扶養配偶者は、第3号被保険者になりません。

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	氏名 年金 太郎	基礎年金番号(左詰め)を記載すること。 個人番号を記載している場合は受付不可。	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別 1. 男性 2. 女性
	住所 〒120-0022 東京都杉並区高井戸2-3-4	個人番号(基礎年金番号) 1234876543			
	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。				

届出内容に応じて、該当・非該当(変更)のいずれかを○で囲み、記入してください。

B. 第3号被保険者欄	この届書記載のとおり届出します。	基礎年金番号(左詰め)を記載すること。 個人番号を記載している場合は受付不可。	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別 1. 夫(未届) 2. 妻(未届)
	氏名 年金 花子	個人番号(基礎年金番号) 1234765432			
	住所 〒20-0022 東京都杉並区高井戸2-3-4	外国籍	⑥ 外国人通称名	⑧ 電話番号 03 (4321) 5678	
	⑨ 第3号被保険者になった日 7. 平成 9. 令和 060501	理由 1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離婚 4. 収入減少 5. その他			
	⑪ 配偶者の加入制度 31.厚生年金保険・健康保険 32.国家公務員共済組合 36.地方公務員等共済組合 37.日本私立学校振興・共済事業団 30.厚生年金保険・船員保険	備考			

職種	種別	提出先(所属所印)
正規職員	一般組合員	○知事部局・各種委員会・出先機関の場合、 総務事務センターに送付。(総務事務センターにて押印)
再任用職員(フルタイム)		
任期付職員(フルタイム)		
再任用職員(短時間)	短期組合員	○企業局の場合、企業局総務課にて押印。 ○病院事業局の場合、本庁・北部病院・宮古病院・中部病院・精和病院は病院総務事務センター、他の各県立病院はその病院にて押印(R6.7.1時点)
任期付職員(短時間)		
臨時的任用職員	一般組合員	○知事部局・各種委員会・出先機関の場合、 各所属機関にて押印。
会計年度任用職員(フルタイム) ※13ヶ月目以降	短期組合員	○企業局の場合、企業局総務課にて押印。 ○病院事業局の場合、本庁・北部病院・宮古病院・中部病院・精和病院は病院総務事務センター、他の各県立病院はその病院にて押印(R6.7.1時点)
会計年度任用職員(フルタイム) ※12ヶ月以内		
会計年度任用職員(パートタイム)		