

常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者 資格喪失申出書

令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	氏名	生年月日	昭 平 年 月 日
住所	〒 -			電話番号	

*該当する項目に「✓」をつけ、必要事項をご記入ください。

①健康保険(または船員 保険)の被保険者資格を取得したため

新しい証の記号番号	記号	番号
適用事業所の名称	名称	
資格取得年月日	令和	年 月 日

② 任意継続被保険者でなくなることを希望するため

*当組合が申出書を受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。

- ・資格喪失日以降に「資格喪失証明書」を送付いたします。健康保険証は資格喪失日以降5日以内にご返却ください。
- ・保険料は、この申出書を健康保険組合は受理した月までかかります。
- ・申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。

③ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため

後期高齢者医療の被保険者 の被保険者番号		
都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	名称	後期高齢者医療広域連合
資格取得年月日	令和	年 月 日

④ 被保険者が死亡したため

死亡した日	令和	年 月 日
届出人 (法定相続人) (還付金が発生した 場合の請求者)	住所	〒 -
	氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日 続柄

*事由が①または③の場合は、新たに取得した「資格情報のお知らせ」の写し、もしくは「資格確認書」の写しを加入している方全員分提出してください。

*事由が④の場合は、死亡診断書等、死亡年月日記載の書類のコピーを提出してください。

*当健保が発行している「保険証」もしくは「資格確認書」を全員分ご返納ください。

～ 健康保険組合記入欄 ～

資格喪失日	年 月 日
保険料還付金	有 ・ 無
保険証	回収済 ・ 滅失届添付 ・ 未発行
資格確認書	回収済 ・ 滅失届添付 ・ 未発行

受付日付印
