

(記入例)

常務	部長	課長	係長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者（申出者）記入用

喪

被 保 険 者 情 報	記号	8 0 0 0	番号	○ ○ ○ ○	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	○ ○ ○ ○ ○ ○
	被保険者証の (左づめ)							
	氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ					
			健保 太郎					
	住所	(〒 000 - 0000)	千葉	都 道			〇〇市〇〇町1-1	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 (000) 0000		府 県			〇〇マンション 〇〇号室	

下記の事由に該当するため、申出いたします。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に 印 を ご 記 入 く だ さ い)	資格喪失年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	被保険者証 回収区分	1. 添付 2. 返不能 3. 滅失	被扶養者 の有無	有・無 (人)
	1. <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者資格を取得したため	(新しい被保険者証の写しを添付してください。)				
	1 に 印 し た 場 合 に ご 記 入 く だ さ い	(1) 新しい健康保険 被保険者証の記号番号	—			
		(2) 適用事業所の 名称および所在地	名称			
			所在地			
		(3) 資格取得年月日	令和 年 月 日			
	2 に 印 し た 場 合 に ご 記 入 く だ さ い	2. <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				
		(1) 後期高齢者医療の 被保険者証の番号	—			
		(2) 都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	())後期高齢者医療広域連合		
		(3) 資格取得年月日	令和 年 月 日			
	3. <input checked="" type="checkbox"/> 申出により任意継続保険の資格を喪失したため					
	備考欄					
		受付日付印				

- 資格喪失の際は、今まで使用していた任意継続の被保険者証(被扶養者分含む)を当組合へ返納してください。また、「高齢受給者証」、「限度額適用認定証」、「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」、「特定疾病療養受療証」をお持ちの方は、被保険者証と併せて返納してください。ただし、「申出により任意継続保険の資格を喪失したため」の場合の被保険者証等は、資格喪失日以降に速やかに返納してください。
- 被保険者の方が亡くなった場合は、この申出書の提出は必要ありません。被保険者証等は埋葬料(費)の請求をされる際に添付してください。
- 資格を喪失した月の保険料を納付していただいている場合は、後日「還付請求書」を送付しますので、還付の請求をしてください。