

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



被保険者情報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の (左つめ)	8 0 0 0	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ)	年 月 日
住所	(〒 -)	都 道	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	府 県	

下記の事由に該当するため、申出いたします。

令和 年 月 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 年 月 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 ご記入 した場合に	(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			
		(3) 資格取得年月日	令和 年 月 日			
	2. <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため					
	2に印 ご記入 した場合に	(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 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。