

味の素健康保険組合 御中

任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 年 月 日提出

被保険者等	記号	番号	個人番号(記号・番号がわからない場合のみ)										
	999												
被保険者氏名	フリガナ		生年月日		昭和 平成		年		月		日		
住所	〒		都道 府県		電話番号		—		—				
資格喪失事由	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため …①		添付書類:なし 留意事項:申出後に資格喪失を取り消すことはできません		申出を受理した月の 翌1日が資格喪失日								
	<input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者資格を取得したため(就職等) …②		添付書類:新たに取得した「資格情報のお知らせ」等のコピー、保険証等		資格取得年月日		令和		年		月 日		
	<input type="checkbox"/> 健後期高齢者医療制度に加入したため …③		添付書類:新たに取得した「資格確認書」等のコピー、保険証等		資格取得年月日		令和		年		月 日		
	<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため …④		添付書類:別途ご案内いたします		死亡した日の翌日		令和		年		月 日		

【保険証等の返却について】

- ・①に該当する人は申出された月の翌月5日以内までにご返却ください(例:3月申出⇒4月5日までに返却)
- ・②③④に該当する人は申出書および添付書類に同封してご返却ください

**保険証、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証(いずれか発行されている方のみ)を
資格喪失日後5日以内に必ず当健保組合へご返却ください。**

- ・被扶養者も含むすべての保険証等をご返却ください
- ・保険証等を紛失あるいは破棄した場合は「被保険者証等滅失届(様式T-4)」をご提出ください

【保険料の還付について】

資格を喪失した月の保険料はかかりません。

ただし、取得と喪失が同月の場合は、1か月分の保険料がかかります。

納付いただいた保険料のうち、未経過分の保険料につきましては、後日「保険料還付金請求書」を送付いたしますので、届き次第、返還請求をお願いします。

健保記入欄 資格喪失日：令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者	

受付印