

任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当

下記の事由に該当するため資格喪失の申し出を致します。

被保険証	記号	100	被 保 険 者 氏 名	性別
	番号			
住 所	〒 -			
資格喪失年月日	令和 年 月 日	被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日
喪失事由を選択 して下さい ※該当するものに ☑ して下さい。	<input type="checkbox"/> 適用事業所に使用される事となったため(就職し健康保険に加入したため) (1) 取得した健康保険者証の記号番号 () (2) 健康保険組合等の名称 () (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) ※新しくご加入の被保険者証コピーを添付してください。 添付いただく場合には(1)～(3)の記入は不要です。			
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者を脱退したいため 資格喪失申出日 (令和 年 月 日) ※任意の日付をご記入ください。資格喪失日については、申出が受理された日の 属する月の翌月1日です。申出が受理された日とは、健保に書類が到着した日 です。月末での脱退が希望の方は、月末までに健保へお送りください。 例：①喪失申出日が1月31日、 健保書類到着日が1月18日の場合 資格喪失日は2月1日 (1月分の保険料は納付が必要です。) ②喪失申出日が1月31日、 健保書類到着日が2月1日の場合 資格喪失日は3月1日 (1月・2月分保険料は納付期限日の10日まで に納付が必要です。)			
	<input type="checkbox"/> 船員保険の被保険者となったため (1) 取得した健康保険者証の記号番号 () (2) 健康保険組合等の名称 () (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) ※新しくご加入の被保険者証コピーを添付してください。 添付いただく場合には(1)～(3)の記入は不要です。			
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため <input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため (令和 年 月 日死亡)			
資格喪失証明書希望の有無	1. 要		2. 不要	
被保険者証回収区分	1. 添付 (枚)		2. 滅失 滅失届のご提出が必要です。	

- ※ 任意継続被保険者証を加入者全員分添付(返却)して下さい。
任意継続被保険者の脱退を希望した方は、資格喪失後に返却してください。
喪失証明書送付時に返信用封筒を同封します。(1週間以内に郵送してください。)
- ※ 新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。
- ※ 被保険者が死亡した場合は、被保険者氏名欄には申し出者の氏名を記入して下さい。
- ※ 保険料の還付、埋葬料の請求がある場合はこの申出書を提出後に手続きを行います。

受付日付印