

決 裁 欄	常務理事	事務長	担当	資格喪失年月日	令和 年 月 日
				保険料の返還	有 ・ 無

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 年 月 日提出

N T N健康保険組合理事長 様

①被保険者証の記号・番号				②生 年 月 日			
3 0				昭和 平成	年	月	日
③氏 名	(フリガナ)				④日中繋がる電話番号		
	(自署)				— —		
⑤住 所	郵便番号						
	—						
⑥資格喪失事由				⑦任意脱退			
⑦~⑨のいずれかを「○」で囲み、⑧⑨は新しい保険証に記載されている「資格取得年月日」をご記入下さい。				⑧就職により、健康保険または船員保険・共済組合等の被保険者資格を取得したため 資格取得年月日 (令和 年 月 日)			
				⑨後期高齢者医療制度 (長寿医療制度) の被保険者となったため 資格取得年月日 (令和 年 月 日)			

備 考 欄	
-------	--

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。また、マイナンバーが記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」などの添付が必要となります。)

### 【留意事項】

- 上記①~⑥欄にご記入をお願いします。
- 再就職等で過払い保険料が発生した場合は、被保険者の口座に振り込みます。

### 【この申出書に添付して提出するもの (⑥資格喪失事由が⑧⑨の場合のみ)】

- 当組合の健康保険者証 (被保険者及び被扶養者)  
また、高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証を交付されている方は併せて添付して下さい。
- 新しい被保険者証のコピー (被保険者分だけで結構です)