

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

ロイヤルホテル健康保険組合 御中

年 月 日

|                            |                  |          |           |                |  |
|----------------------------|------------------|----------|-----------|----------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者証の<br>記号及び番号 | 記 号      | 番 号       |                |  |
|                            |                  | 8000     |           |                |  |
|                            | 氏 名              | (フリガナ)   | 生年<br>月 日 | 昭和 平成<br>年 月 日 |  |
|                            | 住 所              | 〒 電話 ( ) |           |                |  |

下記の事由に該当するため、次のとおり申出いたします。

|                                                      |                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 資格喪失年月日                                              | 令和 年 月 日                                                                                                                                          |
| 資格喪失の事由<br>〔該当事由(アもしくはイ、ウ)の<br>いずれかを<br>「○」で囲んでください〕 | ア 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため<br>(1) 新たに取得した健康保険または船員保険の被保険者証の<br>記号及び番号<br>記号〔 〕番号〔 〕<br>(2) 保険者名称・所在地<br>名称〔 〕<br>所在地〔 〕<br>(3) 資格取得年月日〔令和 年 月 日〕 |
|                                                      | イ 任意継続被保険の喪失を希望するため<br>※喪失日は、申出書を受理した日の翌月1日となります。                                                                                                 |
|                                                      | ウ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため<br>資格取得年月日〔令和 年 月 日〕                                                                                                       |

## 【添付書類・留意事項】

| 喪失事由        | 添付書類                                                                                                                                               | 留意事項                                                                                                                                  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| アまたは<br>ウの方 | ◆任意継続被保険者の被保険者証(被扶養者を含む)<br>※高齢者受給者証、限度額適用認定証の交付を受けている場合は、併せて添付してください。<br>◆新たに取得した被保険者証のコピー(被保険者分のみ)                                               | ◆資格喪失年月日は、新たに取得した被保険者証の資格取得日と同日です。<br>◆保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。                                                                         |
| イの方         | ◆任意継続被保険者の被保険者証(被扶養者を含む)<br>(注)被保険者証の添付について<br>申出月の月末までは被保険者証を使用することができます。申出月の翌月1日以降に健康保険組合にお送りください。<br>※高齢者受給者証、限度額適用認定証の交付を受けている場合は、併せて添付してください。 | ◆資格喪失年月日は、この申出書を健康保険組合が受理した日の翌月1日となります。なお、資格喪失通知書は、喪失日以降に送付します。<br>◆保険料は、この申出書を健康保険組合が受理した日の属する月までかかります。<br>※申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。 |

## 【その他の留意事項】

資格を喪失した月の保険料は必要ありません。ただし、資格取得した月と喪失した月が同じ月の場合は、1カ月分の保険料が必要になりますのでご注意ください。

受 付 印