

## 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		電話番号 <small>(日中の連絡先)</small>	
	住 所	〒 -			

資 格 喪 失 の 事 由	資格 喪失年月日	令和 年 月 日 ※就職した場合は新しい健康保険の資格取得日			
	<p>該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> 印をご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①就職し健康保険の被保険者の資格を取得したため（資格取得日：令和 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため（資格取得日：令和 年 月 日）</p> <p><input type="checkbox"/> ③被保険者が死亡したため</p> <p style="margin-left: 20px;">死亡日：令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 20px;">申請者：_____ 被保険者との続柄：( )</p> <p style="margin-left: 20px;">※被保険者が亡くなられた場合は、埋葬料(費)の申請書もあわせてお送りください。</p> <p><input type="checkbox"/> ④上記以外の理由で任意継続の資格喪失を希望するため</p> <p style="margin-left: 20px;">※申出書が健保に到着した日の翌月1日に資格喪失となります。</p> <p style="margin-left: 20px;">原則、資格喪失の申出の取消は認められませんので、ご注意ください。</p> <p style="margin-left: 20px;">④の事由で資格喪失を申し出る場合は、メールにて届出が可能です。以下のアドレスまで提出ください。</p> <p style="margin-left: 20px;">Mail: kenpo-shinsei@scsk.jp</p>				

備考欄	
-----	--

上記の事由により、任意継続被保険者の資格喪失の申出をいたします。

令和 年 月 日

**■注意事項■**

- 添付書類について
  - ・喪失事由が上記①、②の方は、新たに取得した資格情報のお知らせまたは資格確認書のコピーを添付ください。
  - ・当健保が発行しました健康保険証または資格確認書(被扶養者分も含む)を持っている場合はご返却ください。
  - また、高齢受給者証、健康保険限度額適用認定証等の証も発行されている場合は、併せてご返却ください。
  - 但し、上記④の理由で資格喪失を希望する場合は、申出の翌月になってからご返却ください。
- 保険料について
 

資格を喪失した月の保険料はかかりません。すでに保険料を納付している方については、後日、「還付金請求書」を送付いたしますので、返還請求をしてください。なお、同じ月に当健保の任意継続の資格を取得、喪失した場合は、その月の保険料はかかりますので、その月については還付はありません。

常務理事	事務長	担当者	担当者

受付日付印
-------