

任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被 保 険 者 情 報	被保険者の 記号・番号	記号 × ×	番号 × × ×	被保険者名	健保 太郎
	生年月日	昭・平 令 × × 年 × × 月 × × 日		電話番号 (日中の連絡先)	× × - × × × × - × × × ×
	住 所	(〒××× - ××××) × × 県 × × 市 × × 町 1-1-1			

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			
	該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> 印をご記入ください。 <input checked="" 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) <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) <input type="checkbox"/> ③被保険者が死亡したため 死亡日: 令和 年 月 日 申請者: _____ 被保険者との続柄: () ※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。 <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 ※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。 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。 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。 Mail: kenpo-shinsei@scsk.jp				

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
