

常務理事		事務長		担当者	
------	--	-----	--	-----	--

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

- (1) この申出書は、次のいずれかに該当し、任意継続被保険者資格の喪失を申し出るときに使用します。
- ①就職して新たに健康保険・船員保険・共済組合の被保険者となったとき
 - ②65～74歳の方で後期高齢者医療の被保険者となったとき
 - ③任意継続被保険者でなくなることを希望する場合
- (2) 下記の必要事項をご記入の上、①②については、資格情報のお知らせまたは資格確認書の写しを所定の位置に貼り付けまたは同封の上、当健保組合 までご提出ください。（健康保険法施行規則第43条）
- (3) 尚、(1)の①②に該当する場合、この申出書には現在お持ちの有効期限前の資格確認書は必ず添付して下さい。
(1)の③に該当する方は、資格喪失申出書を健保組合が受理した月の翌月1日が資格喪失日になります。
資格喪失日になりましたら資格喪失証明書を発送しますので、届いたら直ちに手元にある、有効期限前の資格確認書をご返却ください。
(※(1)の③により一度喪失の申出をした場合、取り消すことはできませんのでご注意ください)
- (4) 高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証をお持ちの方は、それらもご返却ください。
- (5) 万が一、資格確認書の交付を受けていて有効期限前に喪失を迎える方が資格確認書を失ってしまった、もしくは破棄してしまった場合は、「健康保険 資格確認書 高齢受給者証 返納・回収不能届」等を提出してください。
- (6) 保険料の還付が発生する場合には、当健保組合から還付手続きに関する書類を送付します。

任意継続被保険者情報	被保険者等 記号・番号	(被保険者等記号) (番号) 100 —	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒 —)			
	電話番号	TEL: ()			
	確認欄	<input type="checkbox"/> に☑をお願いします。			
	<input type="checkbox"/>	申請者本人が作成したものである。			
備考欄	被保険者等記号・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。)				

※ (A)(B)(C)の該当するものにチェックを入れてください。(A)(B)にチェックを入れた方は、①・②についてもご記入下さい。
(C)にチェックを入れた方は、申出書を健保が受理した翌月1日が資格喪失日になります。

資格喪失の事由	<input type="checkbox"/> (A) 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
	<input type="checkbox"/> (B) 後期高齢者医療制度の被保険者となったため
※ ②資格取得年月日は任意継続被保険者資格喪失日と同日です。	<input type="checkbox"/> (C) 任意継続被保険者からの申出のため
	① 新たに取得した健康保険、船員保険、共済組合または後期高齢者医療制度の名称 名称 _____ ② 資格取得年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記について、申出します。

資格喪失の事由(A)(B)に該当する場合、資格情報のお知らせのコピーまたは資格確認書のコピーを貼り付けて下さい。

貼 り 付 け ら れ な い 場 合 は
申 請 書 と 同 封 し て 下 さ い。

【健保処理欄】	資格喪失日
	保険料還付
	有 無
	還付金額
	振込日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受付印

【提出先及び問い合わせ先】
〒541-8566
大阪市中央区久太郎町四丁目1番3号
ユニチカ健康保険組合
TEL:06-6281-5382