

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

【申請者】

		提出日		令和	年	月	日
健康保険被保険者 記号-番号	記号	99	番号				
被保険者氏名	印						
住 所	〒 -						
日中繋がる電話番号	TEL ()		-	※健保組合より連絡が入る場合があります。			
資格喪失年月日		令和 年 月 日					

【喪失事由】

↓ 該当する番号を○で囲んでください。

1	健康保険 または船員保険の 被保険者資格を取得した	新しい健康保険の記号-番号				
		適用事業所 (船舶所有者)	名称			
			所在地			
		資格取得年月日		令和	年	月
2	後期高齢者医療制度の 被保険者となった (65歳以上70歳未満 に限る)	新しい健康保険の記号-番号				
		後期高齢者医療広域連合の 名称		後期高齢者医療広域連合		
		資格取得年月日		令和	年	月
3	任意継続被保険者で なくなることを希望 (資格喪失申出)	※この申出書が当組合に受理された月の翌月1日に資格喪失となります。 保険証・資格確認書が交付されてる場合は資格喪失日まで使用可能な 為、返却せずお手元にお持ちください。翌月1日以降に資格喪失証明書と 返信用封筒(保険証・資格確認書返却用)を郵送いたします。				

【添付書類チェックシート】

↓ 提出前に添付書類をご確認ください。添付したら☑

☐	任意継続被保険者証 または資格確認書 (発行されている場合) 限度額適用認定証・高齢受給者証	被保険者 ・ 被扶養者 () 枚 ※ 添付できない場合はその理由と返却予定日を記入 理由： 返却予定日
☐	新しい健康保険の 資格情報が分かるもの	※ A4サイズでコピーしてください (喪失事由が3の場合は省略可)

受 付 印

(健保記入欄)	常務理事	事務長	担当	担当