

※退職後の資格喪失証明書を希望の方は、別紙【10】資格証明書発行申請書をご記入ください。

記入例

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 3 年 11 月 1 日

|                   |                                              |    |    |       |
|-------------------|----------------------------------------------|----|----|-------|
| 健康保険被保険者<br>記号-番号 | 記号                                           | 99 | 番号 | 〇〇〇〇〇 |
| 被保険者氏名            | 健保 太郎                                        |    |    | 印     |
| 住 所               | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇<br>東京都新宿区▲▲▲2-2-2               |    |    |       |
| 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 3 年 11 月 1 日 |
|---------|-----------------|

【喪失事由】

↓ 該当する番号を○で囲んでください。

新たに健康保険、後期高齢者医療制度の被保険者となった日 {資格取得年月日} を記入してください。

|   |                                               |                                                                                                                                           |                      |
|---|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| ① | 健康保険<br>または船員保険の<br>被保険者資格を取得した               | 新しい健康保険の記号-番号                                                                                                                             | 〇 - 〇〇〇              |
|   |                                               | 適用事業所<br>(船舶所有者)                                                                                                                          | 名称<br>×××株式会社        |
|   |                                               |                                                                                                                                           | 所在地<br>東京都品川区◇◇1-1-1 |
|   |                                               | 資格取得年月日                                                                                                                                   | 令和 3 年 11 月 1 日      |
| 2 | 後期高齢者医療制度の<br>被保険者となった<br>(65歳以上70歳未満<br>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<br>名称                                                                                                                        | 後期高齢者医療広域連合          |
|   |                                               | 資格取得年月日                                                                                                                                   | 令和 年 月 日             |
| 3 | 任意継続被保険者で<br>なくなることを希望<br>(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。<br>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<br>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<br>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<br>または資格確認書<br>(発行されている場合)<br>限度額適用認定証・高齢受給者証 | 被保険者 ・ 被扶養者 ( 1 ) 枚<br>※ 添付できない場合はその理由と返却予定日を記入<br>理由： 返却予定日 |
| ☑ | 新しい健康保険の<br>資格情報が分かるもの                                  | ※ A4サイズでコピーしてください<br>(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 |
|         |      |     |    |    |