

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

健康保険被保険者証 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	新しい保険証の記号-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 日
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)	新しい保険証の記号-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 日
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☑

<input type="checkbox"/>	任意継続被保険者証 (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
<input type="checkbox"/>	新しい保険証の写し	※ 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