

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書



被 保 險 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号 9999	番号					
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒 一		都・道 府・県				
				電話番号 (日中の連絡先)	()			

▷ 該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。

① 健康保険（または船員保険）の被保険者資格を取得したため

再取得後の健康保険の 記号番号	-							
再取得後の事業所名称								
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ため

後期高齢者医療の被保 険者の被保険者番号	-							
都道府県後期高齢者 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するため

【添付書類と留意事項】

喪失事由	添付書類	留意事項
①又は ②の方	新たに取得した被保険者本人の健康保険の情報が分かるもの ・資格情報のお知らせのコピー ・資格確認書のコピー いずれか一点	○ 資格喪失日は、新たに取得した 健康保険の資格取得日となります。 ○ 保険料は、資格喪失月の前月分 までかかります。 * 既に前納等で支払っている場合は、 喪失月以降の保険料が還付されます。
	返却が必要なもの（お持ちでない場合は必要ありません）	
	(健康保険証を持っている方) 任意継続被保険者の健康保険証（被扶養者分を含む） * 高齢受給者証や限度額認定証などの交付を受けて いる場合は、併せてご提出ください。	
	(資格確認書を持っている方) 任意継続被保険者の資格確認書（被扶養者分を含む）	
③の方	● なし 【注：健康保険証・資格確認書等について】 <u>申出月の翌月1日以降</u> に資格を喪失した旨の通知書をお送りいたします。 健康保険証または資格確認書をお持ちの方は、同封の返信用 封筒にて返送してください。	○ 資格喪失年月日は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月の <u>翌月1日</u> とな ります。 ○ 保険料は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月分までかかります。 ○ 申出後に、この資格喪失を取り消すこと はできません。

注：資格取得月に資格喪失となった場合は、資格喪失月の保険料はかかります。

※保険者使用欄：(資格情報のお知らせ・資格確認書コピー 枚)
(保険証 枚) · (資格確認書 枚) · 添付なし