

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 9999	番号 123456
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭和 53 年 7 月 1 日 平成
	住所	〒 111-2200 東京 都道府県 千代田区富士見1-11-000 コーポ健康保険 500	電話番号 (日中の連絡先) 090 (0000) 0011
	▷ 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。		

資格喪失事由	□ 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 険者のお名前	-		
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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
	返却が必要なもの（お持ちでない場合は必要ありません） <u>(資格確認書を持っている方)</u> 任意継続被保険者の資格確認書（被扶養者分を含む） *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。	<ul style="list-style-type: none"> * 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。
③の方	<ul style="list-style-type: none"> ● なし 【注：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。 資格確認書をお持ちの方は、通知書に同封の返信用封筒にて返送してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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

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)
(資格確認書 枚) · 添付なし