

健 保 使 用 欄	常務理事	課長	課長代理	主任	担当

任意継続被保険者資格喪失申出書

		記入日	和暦	年	月	日
任意継続 被保険者証 記号・番号	記号	番号				
フリガナ			生年月日	(和暦)	年	月 日
被保険者氏名			生年月日	年	月	日
被保険者 住所・連絡先	〒			電話番号		
個人番号			※健保へ未届けの場合は記入をお願いします。			
喪失理由 (①～③の該当 番号にチェック を記入)	① <input type="checkbox"/> 加入者本人の申出による		<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険に加入する ・健康保険等の被扶養者となる など 			
	新たに加入した保険者名称・保険者番号・記号・番号 (※未取得の場合は記入不要)					
	保険者名称	保険者番号	記号	番号		
② <input type="checkbox"/> 再就職	(資格取得年月日	年	月	日)	※再就職先の健康保険証の「資格取得年月日」を記入ください。交付日ではありません。	
③ <input type="checkbox"/> 死亡	(死亡年月日	年	月	日)		

【注意点】

- 喪失理由①に該当する方は、申出書を健保が受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。本届に、「任意継続被保険者証」は添付しないでください。資格喪失日以降、被保険者証等をご返却ください。
- 喪失理由②に該当する方は、
 - 本届に当組合交付の「任意継続被保険者証」を添付してください。「高齢受給者証」、「特定疾病療養受療証」、「限度額適用認定証」をお持ちの場合も添付してください。
 - 就職先の被保険者証(写)を添付してください。
- 喪失理由③に該当する方は、死亡日の確認できる死亡診断書(写)等を添付してください。
- 保険料の還付がある方には、後日当組合から還付請求書を送付いたします。

受理日付印