

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
被保険者等 記号・番号	記号	番号				
フリガナ			生年月日	(和暦)		
被保険者氏名				年	月	日
被保険者連絡先 (居所住所)	〒		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		[・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		
				(和暦)		
		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の「資格取得年月日」を記入ください。				
				(和暦)		
		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。
- 喪失理由②に該当する方は、本届に就職先の資格情報のお知らせ(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。

※ 令和6年12月2日以降に任意継続被保険者資格を取得し「資格確認書」が発行されてる方は、資格喪失日以降ご返却ください。
令和6年12月1日以前に発行された「被保険者証」をお持ちの方は資格喪失日以降ご返却ください。
当組合発行の限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証をお持ちの方はご返却ください。

受理日付印