

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 令和 4 年 1 月 5 日															
任意継続 被保険者証 記号・番号	記号	77		番号	7777777													
フリガナ	ケンポ タロウ			生年月日	(和暦) 昭和 33 年 3 月 3 日													
被保険者氏名	健保 太郎			生年月日	昭和 33 年 3 月 3 日													
被保険者 住所・連絡先	〒	1	3	5	-	3 3 3 3												
	電話番号	090-3333-3333																
	東京都江東区豊洲3丁目33番33号 33マンション333号																	
個人番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> ※健保へ未届けの場合は記入をお願いします。																	
喪失理由	① <input checked="" type="checkbox"/> 加入者本人の申出による <table border="1"> <tr> <td>・国民健康保険に加入する</td> </tr> <tr> <td>・健康保険等の被扶養者となる など</td> </tr> </table> 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 _____						・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										
・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																		
(①～③の該当 番号にチェック を記入)	② <input checked="" type="checkbox"/> 再就職 (資格取得年月日 令和 3 年 12 月 12 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 checked="" type="checkbox"/> 死亡 (死亡年月日 令和 3 年 12 月 25 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