

健康保險 任意繼續被保險者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	1	健康保険被保険者証の 記 号 及 び 番 号	記 号	900		—	番 号		
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成			年		月	日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)						
	4	被保険者の住所	郵便番号			—			
			都 道 府 県						

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失年月日		令和		年		月		日
5	資格喪失の事由 ア、イ、ウのいずれかを 「○」で囲み、ア、イに は再取得後の被保険者証 の記号番号等を記入して ください。	ア 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						
		① 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 ()						
		② 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名 称 () 所在地 ()						
		③ 資格取得年月日 (令和 年 月 日)						
		イ 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため						
		① 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ()						
② 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名 称 (後期高齢者医療広域連合)								
③ 資格取得年月日 (令和 年 月 日)								
ウ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※この申出書が健康保険組合に提出された日の属する月の 翌月１日に、資格を喪失する事になります。 原則、提出後の取り消しはいたしませんのでご注意ください。								
6	摘 要 欄							

【この申出書に添付して提出するもの】

- ① 被保険者及びその被扶養者の方に交付されている全ての被保険者証の添付が必要です。
また、「高齢受給者証」「限度額適用認定証」等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。【資格喪失の事由がウの場合は資格喪失後にご返還いただきます。】
- ② 資格喪失日を確認するために、再就職等で新たに取得した被保険者証の写しの添付をお願いします。【資格喪失の事由がウの場合は不要です。】

※健康保險組合使用欄

常務理事		事務長		係		係		担当	
被保険者証回収欄		被保険者 番 号		被保険者 番 号		被保険者 番 号		被保険者 番 号	
		添付・返不能・滅失		添付・返不能・滅失		添付・返不能・滅失		添付・返不能・滅失	