

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書

令和 年 月 日提出

健康保険被保険者証		被保険者の氏名	生年月日			性別
記号	番号 (左づめで記入)		昭和 平成	年	月	
						男 ・ 女
住所は、住民票の登録住所を記入して下さい (当組合からの郵送物は下記住所へ送付されます)						
住所	〒      ー		自宅			
			携帯			

資格喪失事由 (該当箇所に ☑してください)	<input type="checkbox"/> ①就職等により、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	<b>添付書類</b> ・当健保の保険証 (被保険者分、被扶養者分) ・新しい保険証コピー (被保険者分のみ、下欄に貼付)  ※当組合の保険証を紛失した場合は、別途「紛失届」が必要						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">取得した健康保険の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>取得した健康保険の記号・番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>資格取得年月日</td> <td style="text-align: center;">令和 年 月 日</td> </tr> </table>		取得した健康保険の名称		取得した健康保険の記号・番号		資格取得年月日	令和 年 月 日
	取得した健康保険の名称							
取得した健康保険の記号・番号								
資格取得年月日	令和 年 月 日							
<input type="checkbox"/> ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">取得した健康保険の名称</td> <td style="text-align: center;">都道府県 後期高齢者医療広域連合</td> </tr> <tr> <td>取得した健康保険の被保険者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>資格取得年月日</td> <td style="text-align: center;">令和 年 月 日</td> </tr> </table>	取得した健康保険の名称	都道府県 後期高齢者医療広域連合	取得した健康保険の被保険者番号		資格取得年月日	令和 年 月 日	
取得した健康保険の名称	都道府県 後期高齢者医療広域連合							
取得した健康保険の被保険者番号								
資格取得年月日	令和 年 月 日							
	<input type="checkbox"/> ③任意継続被保険者でなくなることを希望するため ・資格喪失日は、資格喪失申請書を当組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ・申出後に資格喪失を取り消すことはできません。	<b>添付書類 不要</b> (当健保の保険証は、資格が喪失してから返却して下さい)						

①就職等または②後期高齢者医療制度加入の場合  
は、新しい保険証(コピー)を貼付してください。

健保記入欄	資格喪失年月日		入力者
	還付	あり・なし	
	証添付	証 枚	

受付日付印

保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。

備考	
----	--