

常務理事	事務長	担当	

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証の記号		被保険者証の番号						
被保険者名		性別		生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所	〒 -							
自宅電話番号	() -	携帯番号	() -					

資格取得年月日	令和	年	月	日
---------	----	---	---	---

【資格喪失の事由】（該当項目に✓印をご記入下さい。）

- 他の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
- 後期高齢者医療制度の被保険者となったため
- 被保険者でなくなることを希望するため

資格取得年月日	令和	年	月	日
---------	----	---	---	---

※ 新しく受け取った健康保険被保険者証の「資格取得年月日」の日付をご記入下さい。

- ◇ 添付書類について
 - 当健康保険組合が発行した健康保険被保険者証(扶養家族分を含む)を全て添付して下さい。
 - 高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療者証等の交付を受けている場合は、それらも合わせて添付して下さい。
 - 適正な資格記録を把握するため、新しく取得した被保険者証のコピーを添付して下さい。
- ◇ 保険料について

資格を喪失した月の保険料は必要ありません。既に納付済みの場合は、後日還付額を確認し還付金請求書に記載された口座へ振込みます。
- ◇ 被保険者が亡くなられた場合

この申出書は必要ありません。「埋葬料(費)」の請求をされる際に、死亡診断書等の写しと健康保険被保険者証等を添付をして下さい。
- ◇ 被扶養者がいる場合

被保険者の資格喪失と同時に被扶養者でなくなる場合、「被扶養者(異動)届」の提出は不要です。