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（就職等）

※ 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。

資格取得年月日	**令和　年　月　日**

☐ 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（国民健康保険加入や被扶養者となる場合等）

◇ **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。（国民健康保険加入者は、当健保資格喪失日以降返却してください。）
- 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。（国民健康保険加入者は、当健保資格喪失日以降返却してください。）
- 適正な資格記録を把握するため、就職の場合は新しく取得した被保険者証のコピーを添付して下さい。（国民健康保険加入者は、添付不要）

◇ **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。