

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被保険者情報	被保険者の (左づめ)	記号 20	番号 □□□□	生年月日 □ 1.昭和 2.平成 3.令和 □□□□□□
	フリガナ 氏 名			
	住 所	〒□□□□□□□□ □□□□□□ 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話	— —

令和 年 月 日提出

資格喪失の事由 (該当するものに☑して下さい)	資格喪失年月日	令和 年 月 日 (添付書類②「資格喪失年月日」参照)
	☐ 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	
	☐ 被保険者が死亡したため	
	☐ 任意継続保険の喪失を希望するため ※申出書が当組合に到着後、原則として、申出の取消しは認められませんのでご注意ください。	

添付書類	①および、「資格喪失の事由」によって②のいずれかをご提出ください。 ただし、資格喪失の事由が「任意継続保険の喪失を希望するため」の場合は、「資格喪失年月日」以降に①をご返却ください。		
	①	被保険者証または資格確認書(本人および家族分) (「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」の交付を受けている場合はそれらも含みます)	
	②	資格喪失の事由	資格喪失年月日
		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	「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の「資格取得年月日」
		後期高齢者医療制度の被保険者となったため	死亡した日の翌日
被保険者が死亡したため		死亡した日の翌日	
	任意継続保険の喪失を希望するため	申出書が当組合に到達した日が属する月の翌月1日	



資格喪失後受診について

上記「資格喪失年月日」以降に当組合の被保険者証または資格確認書を使用された場合は、当組合が負担している医療費を後日返納いただくことになりますのでご注意ください。

受付日付印

常務理事	事務長	課長	係長	係