

常務理事	事務局長	部長	課長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

届出人の住所	届出人の氏名	続柄
〒 Tel() -		

※印欄は記入しないでください。

被保険者証 記号・番号	被保険者の氏名	生年月日	※資格喪失年月日	
-		昭和 年 月 日 平成	令和	年 月 日
被保険者の住所		被保険者証 (本人)回収区分	被扶養者 の有無	※被保険者証 (家族)回収区分
〒 Tel() -		添付 1 返不能 2 減失 3	有・無 (人)	添付 人 返不能 人 減失 人
資格喪失の理由 (該当する番号を○で囲み、必要事項を記入してください)		資格喪失の原因となった日		
1. 健康保険(または船員保険)の被保険者になったため。 再取得後の被保険者証の記号番号 []		令和 年 月 日 (他の健保の資格取得日)		
2. 後期高齢者医療制度の被保険者になったため。 被保険者証の記号番号 []		令和 年 月 日 (後期高齢の資格取得日)		
3. 死亡したため。		令和 年 月 日 (死亡した日)		
4. 被保険者資格を喪失することを希望するため。 ※資格喪失日は、本申出書が受理された日の翌月1日				
備考				

【記入上の注意】

- 必ず「任意継続被保険者証」を添付して提出してください。
高齢受給者証をお持ちの方は、「高齢受給者証」も添付してください。
ただし、上記4の理由による資格喪失日は、当組合がこの申出書を受理した日の翌月1日となりますので、「任意継続被保険者証」等は、翌月1日以降に返納していただくことになります。なお、受理後は、資格喪失を取り消すことができませんのでご注意ください。
- 「被保険者証(本人)回収区分」は、該当する事項を○で囲んでください。
- 「被扶養者の有無」は、該当する事項を○で囲み「有」の場合は人数を記入してください。
- 健康保険または船員保険の被保険者になったときは、新たな被保険者証の第1面(被保険者氏名記載欄)の写しを添付してください。

令和 年 月 日提出
受付日付印