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 記号･番号	被 保 険 者 の 氏 名	生 年 月 日	※資格喪失年月日
－		昭和 平成　年　月　日	令和　年　月　日

被　保　険　者　の　住　所	資格確認書等 (本人)回収区分	被扶養者 の 有 無	※資格確認書等 (家族)回収区分
〒 TEL(　　)　　－	添　付　1 返不能　2 滅　失　3	有・無 (　人)	添　付　　人 返不能　　人 滅　失　　人

資　格　喪　失　の　理　由 (該当する番号を〇で囲み、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	添付 書類
1. 健康保険(または船員保険)の被保険者になったため。	令和　年　月　日 (他の健保の資格取得日)	※1
2. 後期高齢者医療制度の被保険者になったため。	令和　年　月　日 (後期高齢の資格取得日)	※2
3. 死亡したため。	令和　年　月　日 (死 亡 し た 日)	※3
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		

【注意事項】

必ず「任意継続被保険者証」または「資格確認書」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。

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

【添付書類】

※1　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「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください。

※2　後期高齢者医療制度の被保険者になったときは、後期高齢者医療の「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください。

※3　死亡の場合は、死亡した日の確認ができる死亡診断書等の写しを添付してください。

民 間 放 送 健 康 保 険 組 合