

任意継続被保険者資格喪失申出書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	記号		フリガナ	
	番号		被保険者の氏名	
性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	昭 ・ 平	年 月 日
郵 便 番 号	-	電 話 番 号	()	
住 所				

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失の事由 ア.イ.ウ.エのいずれかを「○」で囲んでください。	ア. 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 (1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者の記号番号 記号番号 () (2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名 称 () 所在地 () (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)
	イ. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため
	ウ. 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため (1) 後期高齢者医療の被保険者番号 () (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 (後期高齢者医療広域連合) (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)
	エ. 被保険者が死亡したため 死亡日の翌日 (令和 年 月 日)

《添付するもの》

- 当組合が交付した 資格確認書、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。 添付できない場合は、「滅失届」を提出してください。
- ※ ただし、喪失事由が「申出により任意継続健康保険の資格を喪失したため」の場合は、申出日の翌月1日（資格喪失日）以降に返却してください。
- 喪失事由ア.ウ.に該当する方は、資格取得日がわかるものの写しを添付してください。
(例：資格確認書⑤、資格情報のお知らせ⑤ 等)
- 喪失事由エ.に該当する方は、死亡日の確認できる書類の写しを添付してください。

《留意事項》

- 資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付している場合は、後日、当組合から送付される「還付請求書」に必要事項を記入・捺印の上、還付請求してください。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、1ヶ月分の保険料が必要となりますので保険料の還付はありません。

被保険者の個人番号記入欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

※ 個人番号を記入した場合、①番号確認 ②身元確認 の書類を添付

受付日付印