常務理事	事 務 長	担 当 者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者証記号・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** ⑴ 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 記号番号（ ― ） ⑵ 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 （ ） ⑶ 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いため
	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 ⑴ 後期高齢者医療の被保険者証番号（ ） ⑵ 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） ⑶ 資格取得年月日（令和 年 月 日）

≪添付するもの≫

- 当組合が被保険者および被扶養者の方に交付した<u>全ての被保険者証</u>の添付が必要です。高齢受給者証（70～74 歳の方）、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いため」の場合は、申出日の翌月１日（資格喪失日）以降に被保険者等を返却してください。

- 喪失事由ア.ウ.に該当する方は、<u>新たに取得した被保険者証等の写し</u>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。
- 被保険者が亡くなられた場合には、この申出書を提出する必要はありません。被保険者証等は埋葬料（費）の請求をされる際に添付してください。

受付日付印

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

東ソー関連健康保険組合