

常務	部長	課長	係長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者（申出者）記入用

喪

被保険者 (申出者) 情報	記号	8 0 0 0	番号	0 0 0 0	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	0 0 0 0 0 0
	被保険者証の (左つめ)							
	氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ			被保険者がお亡くなりになっている場合は、ご遺族等よりお申し出ください。		
住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 *** - ****)	千葉	都 道	府 県	〇〇市〇〇1-1			
		000-000-0000						

提出日 令和 0 年 00 月 00 日

資格喪失の事由	資格喪失事由	1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため 2. 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため 3. 申出により任意継続保険の資格を喪失するため(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入) 4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達) 5. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定) 6. 死亡したため				
	資格喪失年月日	令和 0 年 00 月 00 日 記入上の注意 ・喪失事由が1・2の場合…再就職等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日)をご記入ください。 ・喪失事由が3の場合…提出日の属する月の翌月の1日をご記入ください。 ・喪失事由が4の場合…後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日)をご記入ください。 ・喪失事由が5の場合…後期高齢者医療制度に加入した年月日(認定年月日)をご記入ください。 ・喪失事由が6の場合…亡くなられた日の翌日をご記入ください。また、以下に亡くなられた被保険者氏名をご記入ください。				
	亡くなられた被保険者の氏名	資格喪失事由[6.死亡したため]を選んだ場合のみご記入ください				
	被保険者証等回収区分	1 添付	2 返不能	3 滅失	被扶養者の有無	有(人)・無
資格喪失証明書交付の要否	資格喪失証明書の交付を希望する場合は、 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> 及び交付希望理由をご記入ください <input type="checkbox"/> 交付希望理由()					
備考欄						

- 資格喪失の際は、今まで使用していた任意継続の被保険者証(被扶養者分含む)を当組合へ返納してください。また、「資格確認書」、「高齢受給者証」、「限度額適用認定証」、「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」、「特定疾病療養受療証」をお持ちの方は、被保険者証と併せて返納してください。ただし、「申出により任意継続保険の資格を喪失するため」の場合は、申出日の翌月1日(資格喪失日)以降に速やかに返納してください。
- 資格を喪失した月の保険料を納付していただいている場合は、後日「還付請求書」を送付しますので、還付の請求をしてください(資格取得した月と喪失した月が同じ月の場合は、その月の保険料の納付が必要となりますので、その月の還付はありません)。
- 被保険者の方が亡くなられた場合は、埋葬料(費)支給申請書も併せてご提出ください。

受付日付印