

常務理事	事務長	課 長	係 長	係 員

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

再就職等をした場合や、申出により任意継続を喪失する場合に提出してください。

被 保 険 者 （ 申 出 者 ） 情 報	被保険者等 記号・番号	9	0	0	-					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						年		月		日
	氏名	(フリガナ)															被保険者がお亡くなりになった場合は、ご遺族等よりお申し出ください。				
	住所	〒                      ー																			
	電話番号	TEL                      ー                      ー																			

資 格 喪 失 の 事 由	提出日 (投函日)	令和            年            月            日																		
	資格喪失事由 (該当する喪失事由に✓を付けてください)	<input type="checkbox"/> 1. 再就職等により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 <input type="checkbox"/> 2. 申出により任意継続被保険者の資格を喪失したため <input type="checkbox"/> 3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定) <input type="checkbox"/> 4. 死亡したため(併せて埋葬料(費)の請求も行ってください。)																		
	資格喪失年月日	令和            年            月            日  <u>記入上の注意点</u> ・資格喪失事由が1の場合・・・再就職先等で社会保険に加入した年月日(資格取得年月日)を記入してください。 ・資格喪失事由が2の場合・・・提出日の属する月の翌月1日を記入してください。 ・資格喪失事由が3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)を記入してください。 ・資格喪失事由が4の場合・・・亡くなられた日の翌日を記入してください。 また、下記に亡くなられた被保険者の氏名を記入してください。																		
	資格喪失事由「4. 死亡したため」を選んだ場合のみ記入してください。	(フリガナ)																		
	亡くなられた 被保険者の氏名																			

被保険者等記号・番号が不明の場合、被保険者のマイナンバーを記入してください。⇒

■添付書類

●資格確認書

資格確認書が交付されている方は資格確認書（被扶養者分を含む）を添付してください。

※高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらもあわせて添付してください。

※資格喪失事由が「2.申出により任意継続保険の資格を喪失したため」の場合は、申出日の翌月1日以降に返却してください。

受付日付印