

常務理事	総務部長	業務部長	課長代理	主任	係

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

被 保 険 者 情 報	記号	9000	番号		昭和・平成 年 月 日生
	氏名				
	住所	〒 ー 日中の連絡先 () ー			

資格喪失の事由 (該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 1. 任意継続被保険者からの脱退を希望するため					※資格喪失日は、申出が受け付けられた月の翌月1日となります。 ※申出の受理後は取消しできません。	
	<input type="checkbox"/> 2. 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						
	上記2に <input checked="" type="checkbox"/> 印をした場合にご記入ください						
	再取得後の健康保険の被保険者証等	保険者名	全国健康保険協会		支部		
			健康保険組合				
		記号		番号			
	適用事業所の名称および所在地	名称					
		所在地					
	資格取得年月日	令和	年	月	日		
	<input type="checkbox"/> 3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため						
上記3に <input checked="" type="checkbox"/> 印をした場合にご記入ください							
後期高齢者医療の被保険者証等の被保険者番号							
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						
資格取得年月日	令和	年	月	日			
当組合が交付した被保険者証等を添付できないときはその理由							

被保険者証等の記号番号に代えてマイナンバーにより申出される場合は、備考欄へマイナンバーを記入してください。(マイナンバーにより申出される場合は、個人番号確認、本人確認するための書類の添付が必要です。)

備考

【添付書類】

○(交付を受けている場合) 任意継続被保険者証又は資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証を全員分添付してください。

※資格喪失事由が1.「任意継続被保険者からの脱退を希望するため」の場合、この申出書への添付は必要ありませんが、資格喪失日(この申出が受け付けられた月の翌月1日)以降に返却してください。

○就職により健康保険または船員保険に加入した場合は、新たに取得した保険の資格情報のお知らせのコピー(本人分のみ)

【注意事項】

○保険料について

資格を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ただいている場合は、別途「還付請求書」の提出が必要となります。なお、資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、その月分の保険料の還付はありません。