

常務理事	担 当 部

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	被保険者証 の記号・番号	999-	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住 所	〒 - 電話番号 - -					

資格喪失年月日		年 月 日
資 格 喪 失 事 由 (該 当 項 目 に ✓ を し て く だ さ い。)	<input type="checkbox"/> 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="radio"/> 新しく資格取得した資格確認書又は資格情報のお知らせのコピー（被扶養者分含む）を添付してください。 <input type="radio"/> 被保険者証又は資格確認書をお持ちの方は添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため <input type="radio"/> 新しく資格取得した資格確認書又は資格情報のお知らせのコピー（被扶養者分含む）を添付してください。 <input type="radio"/> 被保険者証又は資格確認書をお持ちの方は添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 被保険者からの申出による資格喪失 <input type="radio"/> この届書が当組合へ到着した日の翌月1日が資格喪失年月日となります。 <input type="radio"/> 資格喪失年月日が到来しましたら、被保険者証又は資格確認書をお持ちの方はご返却ください。 <input type="radio"/> この申し出は原則撤回できません。 <input type="radio"/> 資格喪失年月日が到来しましたら、ご自宅宛て資格喪失証明書を送付します。資格喪失証明書が届きましたら、お住いの市区町村窓口で国民健康保険への加入手続きをおこなってください。 （事前に資格喪失証明書を発行することはできません。）	
備 考		
記号番号にかえて個人番号で届出を希望される場合はご記入ください。 （その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要になります。）		

※ 高齢受給者証、限度額適用認定証等をお持ちの方は、一緒にご返却ください。

※ この喪失申出により保険料の還付が発生した場合は、後日還付請求書を郵送します。

受付印