

# 健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当

申請日 令和 年 月 日

◎ 太枠内を記入してください。

任意継続被保険者証 記号・番号	記号	番号			
			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
フリガナ					
氏名	(印)				
住所	〒 ( ) - ( )				
T E L	( ) - ( ) - ( )				
喪失理由(いずれかを○ で 囲んでください)	①加入者本人の申出による				
	②再就職 (資格取得年月日 年 月 日) ※再就職先の健康保険証の「資格取得年月日」をご記入ください。交付日ではありません。				
	③死亡 (死亡年月日 年 月 日)				

## 【注意点】

- 喪失理由①に該当する方は、申出書を健保が受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。本届に、「任意継続被保険者証」は添付しないでください。資格喪失日以降、被保険者証をご返却ください。
- 喪失理由②に該当する方は、本届に「任意継続被保険者証」を添付してください。「高齢受給者証」、「限度額適用認定証」をお持ちの場合も添付してください。
- 喪失理由③に該当する方は、死亡日の確認できる死亡診断書(写)等を添付してください。
- 保険料の還付がある方には、後日当組合から還付請求書を送付いたします。

受付日付印