

受 付 年 月 日

常務理事	総務	部 長	係 員	業 務	係 員

任意継続被保険者資格喪失申出書

年 月 日

太枠内をご記入ください

任意継続の健康保険被保険者証 記号・番号	31 —
住 所	(〒 —)
被 保 険 者 氏 名	⑧
電 話 番 号	()

任意継続被保険者の資格喪失を、次のとおり申出します。

資格喪失事由 ア～ウの該当する記号を「○」で囲んでください。 ア、イの場合は、①～③の該当事項を記入してください。	ア 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 ① 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 () ② 保険者(組合、協会けんぽ等)の名称および所在地 名 称 () 所在地 () ③ 資格取得年月日 (年 月 日) 再就職先の健康保険被保険者証のコピーを必ず添付してください。
	イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため ① 後期高齢者医療の被保険者番号 () ② 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名 称 (後期高齢者医療広域連合) ③ 資格取得年月日 (年 月 日)
	ウ 加入者本人の申し出による (資格喪失日は、当組合が受理した月の翌月1日となります。) ・国民健康保険等に参加する ・健康保険等の被扶養者となる など

※ 資格喪失年月日			年		月		日
-----------	--	--	---	--	---	--	---

※欄は記入しないでください。

◎裏面の留意事項等を必ずご一読ください。

資格喪失事由がア・イの場合は、任意継続の被保険者証を必ず添付してください。

ウの加入者本人申し出による場合は資格喪失後、任意継続の被保険者証を当組合あて返納してください。

申出書記入の留意事項

任意継続被保険者の資格喪失の事由「ア」「イ」「ウ」のいずれかを「○」で囲み、「ア」「イ」の場合は選択した項目の①から③に該当事項を記入してください。

申出書に添付して提出するもの

- 資格喪失事由「ア」「イ」の場合は、被保険者および被扶養者の方に交付されている全ての任意継続の「健康保険被保険者証」の添付が必要です。
また、「健康保険高齢受給者証」、「健康保険限度額認定証」等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。
- 再就職された方(資格喪失事由が「ア」の場合)は、資格取得年月日確認の為、**再就職先の健康保険被保険者証のコピーを必ず添付してください。**

留意事項

- 資格喪失月の保険料を納めていただく必要はありません。既に資格喪失月以降の保険料を納付していただいている場合は、後日改めて「保険料還付請求書」を送付いたします。
ただし、資格の取得と喪失が同月の場合は、保険料が発生いたしますので、保険料の還付はありません。
- 資格喪失事由「ウ」の場合、**資格喪失日は、当組合が受理した月の翌月1日となるため、申し出期間についてご注意ください。**
資格喪失後、被保険者および被扶養者の方に交付されている全ての任意継続の「健康保険被保険者証」を当組合あて返納してください。
また、「健康保険高齢受給者証」、「健康保険限度額認定証」等の交付を受けている場合は、それらも併せて返納してください。