

任意継続被保険者 資格喪失申出書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

| | | | | | |
|-----------------------|--------------|--|------|--|-------------------------|
| 被 保 者 情 報 | 健康保険 記号番号 | 1 9 1 - ○ ○ ○ ○ ○ | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | |
| | 氏 名 (自 筆) | 健 保 太 郎 | | 連絡先 電話番号 | ○ ○ - ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ |
| | 住 所 | 〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 1 - 2 - 3 | | | |

| 資格喪失の事由 (該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> 印をご記入ください) | 添付書類 |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 加入者本人の申出による <ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険に加入する ・健康保険等の被扶養者となる ・海外に出国する | 添付書類なし ※注意事項 I をご確認ください |
| <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 令和 年 月 日) | <ul style="list-style-type: none"> ・死亡診断書等死亡日が記載された書類のコピー ・任意継続被保険者証等 |
| <input type="checkbox"/> 再就職 (資格取得日: 令和 年 月 日) | <ul style="list-style-type: none"> ・新たに取得した保険証のコピー ・任意継続被保険者証等 |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (資格取得日: 令和 年 月 日) | <ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療制度の保険証のコピー ・任意継続被保険者証等 |

上記の事由により、任意継続被保険者の資格喪失の申出をいたします。

◆ 注意事項 ◆

I 申出による資格喪失について
 資格喪失日は、当健保組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日です。よって、申出の場合の保険証使用期限は、資格喪失を申し出た月の月末までとなります。申出書を受理した日の属する月も資格があるため、任意継続被保険者証等について、申出書に添付しないでください。翌月1日以降、資格喪失通知書を送付する際に同封の返信用封筒にて速やかに返信してください。申出の取り消しは、認められません。

II 任意継続被保険証等の返却について
 喪失事由が「死亡」「再就職」「後期高齢者医療制度に加入」の場合は、このまた、限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証の交付を受

III 保険料について
 資格を喪失した月以降の保険料はかかりません。資格を喪失した月以降「還付請求書」を送付します。「還付請求書」をご提出いただくことにより保険料のお振込みまでには、お時間を要しますので予めご承知おきください。

<例>
 2月7日に受理
 ↓
 2月分保険料納付(2月10日納付期限)
 ↓
 3月1日資格喪失

※保険料を納付されなかった場合、
 2月11日付未納喪失となります。

| | | | | |
|-----------------------|-----|----------|-----------|-------------|
| 健 保 記 入 欄 | 喪失日 | 令和 年 月 日 | 保険料 還付 | 有 ・ 無 |
|-----------------------|-----|----------|-----------|-------------|

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担 当 |
| | | |

| |
|------|
| 健保受付 |
| |