

常務理事	事務長		担 当

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証の記号番号 または個人番号	*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認のための書類が必要です。		
被 保 険 者 氏 名	(フリガナ)		
	(氏)	(名)	
被 保 険 者 住 所	〒 自宅TEL () 携帯TEL ()		
被保険者生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	() 歳	

健康保険法第38条の規定により、任意継続被保険者の資格喪失を（希望することを）申し出ます。

_____年 月 日

資格喪失の事由 ※該当する番号に○印			
1	<u>健康保険または船員保険の被保険者資格を取得した。</u> （資格取得日に任意継続被保険者資格を喪失） ・資格取得日： 年 月 日 ※取得した保険証のコピーを添付		
2	<u>後期高齢者医療制度の被保険者となった。</u> （資格取得日に任意継続被保険者資格を喪失） ・資格取得日： 年 月 日		
3	<u>死亡した。</u> （死亡した翌日に任意継続被保険者資格を喪失） ・死亡年月日： 年 月 日 ・申出書記入者： ・被保険者との続柄： ※埋葬料（費）の申請書もあわせてお送りください。		
4	<u>任意喪失を希望する。</u> （申出が受理された月の末日の翌日に任意継続被保険者資格を喪失）		
資格喪失証明書の発行 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 希 望 す る	<input type="checkbox"/> 希 望 し な い	

【注意事項】

- 上記1～3の事由に該当する場合
・当健保の交付した保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受給者証等すべての証を添付してください。（被扶養者分も含む）
- 上記4の事由に該当する場合
・原則として、任意喪失の申出を取り消すことはできません。
・資格喪失後速やかに、当健保の交付した保険証等すべての証を返却してください。
- 保険証等を紛失し添付（返却）できない場合は、滅失届を添付してください。
- 保険料の還付がある方には、後日当組合からご案内いたします。

喪 失 年 月 日	※ 令和 年 月 日
保 険 料 還 付 額	※ 円 (令和 年 月～ 年 月分)
備 考	※

受付日付印

注：※印の欄は、記入しないでください。