

<記入例>

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	担当者

令和 6 年 1 月 10 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	記号 9999	被保険者 氏名	健保 花子		被扶養者(数) (有 無) 人
	番号	123	生年月日	昭和 平成	60 年 6 月 1 日	
	被保険者 住所	〒 541-0000 大阪市〇〇区〇〇1-2-3			TEL 090 - 1234 - 5678	

資 格 喪 失 の 理 由 (該 当 す る も の に ✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 就職等により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 【該当する方は下の欄をご記入のうえ、新しい保険証のコピーを添付してください】							
	資格取得した健康保険の 名称及び所在地	名称	〇〇〇〇健康保険組合					
		所在地	大阪市〇〇区〇〇1-1-1					
	資格取得した健康保険の 記号番号	記号	1234	番号	5678			
	資格取得年月日	令和	6	年	1	月	1	日
	<input type="checkbox"/> 2. 75歳未満で後期高齢者医療制度の被保険者になったため							
	資格取得年月日	令和		年		月		日
	<input type="checkbox"/> 3. 被保険者が死亡したため							
死亡した年月日	令和		年		月		日	
<input type="checkbox"/> 4. 任意継続被保険者資格を喪失することを希望するため 【国保加入、家族の被扶養者認定を受ける場合はこちらをご選択ください】								
備 考								

資格喪失証明書の発行について	要	・	<input checked="" type="radio"/> 不要
----------------	---	---	-------------------------------------

【1. 2. 3の添付書類】

- 任意継続被保険者証（被扶養者分含む）
- 新たに取得した保険証のコピー（被保険者分のみ） ※1. 2のみ

【4. の留意事項】

- 資格喪失日は、資格喪失申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。
- 資格喪失申出書を健保組合が受理した日の属する月分まで保険料がかかります。
- 保険証は資格喪失後にご返却ください。
- 申出後に資格喪失を取り消すことはできません。

資格喪失後は任意継続の保険証は使用できませんので、必ずご返却ください。
誤って使用された場合は医療費の返還請求することになりますのでご注意ください。
また、紛失等により保険証を返納できない場合は、当組合までご連絡ください。

個人番号（マイナンバー）																			
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※保険証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入不要

受付日付印
