

常務理事	事務長	課長	担当者

任意継続被保険者資格喪失申出書

記号	番号					氏名	(カナ) ケンコウ タロウ	生年 月日	5. 昭和 7. 平成
	100	1	2	3	4		5		健康 太郎
被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入									
マイナンバー <input type="text"/> - <input type="text"/>									
但し、本人確認が必要となりますので「マイナンバーカード(写し)」もしくは「マイナンバー通知書(写し)」と免許証等、公に発行された本人と確認できる証明書の写しを添付して下さい。									
被保険者欄	連絡先 現住所	〒 5 5 5 - 5 5 5 5 日中連絡先TEL 0 9 0 9 9 9 9 8 8 8 8							
	確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> もれ注意 <input type="checkbox"/> にチェックを入れて下さい。この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ※本人死亡の場合は法定相続人 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。							

選択欄は選択肢の該当数字に○をして下さい。

該当する喪失事由の記入例をご参照ください。

資格喪失申出欄	喪失事由・添付書類	① 就職等により健康保険の被保険者となったため <input checked="" type="checkbox"/> 就職先の健康保険被保険者証の写し(被保険者本人分のみ)	資格取得年月日 令和 4 年 1 月 1 日
		② 被保険者が死亡したため <input checked="" type="checkbox"/> 死亡を証明する書類(死亡診断書等、公的書類の写し)	死亡年月日 令和 4 年 1 月 25 日
		③ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者証の写し	資格取得年月日 令和 4 年 1 月 18 日
		④ 任意脱退のため(国民健康保険加入またはどなたかの扶養に入るため) 健康保険組合がこの申出を受理した日(組合到着日)の翌月1日に資格喪失となります。	
申出日 令和 4 年 1 月 21 日 ※ 資格喪失日決定後に「資格喪失証明書」等を送付します。			

事由発生後すみやかに提出ください。

(注) この申出書には、発行者全員の健康保険被保険者証等(高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証をお持ちの方はその証も含む)を添付してください。ただし、喪失事由が「4. 任意脱退の場合」は、資格喪失後すみやかに返納してください。

申出日は必ず記入してください。

翌月1日で資格喪失をしたい方は組合に月末必着となるよう発送してください。

-----以下は記入し

資格喪失日	令和 年 月 日	喪失後受診確認	令和 年 月
被保険者証	回収日	回収枚数	未回収
	令和 年 月 日	枚	枚
		減失届	その他証