

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

被 保 険 者 欄	記号	番号	(カナ)	生 年 月 日	5. 昭和	7. 平成
	100				年	月 日
	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"/> - <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。						
連絡先 現住所	〒	<input type="text"/>	日中連絡先TEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
確認欄	<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。				
	<input type="checkbox"/>	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。

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	資格取得年月日
		<input 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)	令和 年 月 日
		2. 被保険者が死亡したため	死亡年月日
		<input type="checkbox"/> 死亡を証明する書類(死亡診断書等、公的書類の写し)	令和 年 月 日
		3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	資格取得年月日
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者証の写し	令和 年 月 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 年 月 日	※ 資格喪失日決定後に「資格喪失証明書」等を送付します。

(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。

-----以下は記入しないでください-----

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