健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

喪

下記の①から③の資格喪失事由により、任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。
（①から③以外の理由では、この申出書を提出することはできません。）

被保険者情報

被保険者等	記号 2　番号 1234		
氏名	（フリガナ）キカン　タロウ 機缶　太郎	生年月日	昭和・平成 39 年 10 月 1 日
住所	〒 136 － 0071　東京 都・府・道・県　江東区亀戸6-41-20	電話番号（日中の連絡先）	03 （ 3685 ） 7931

▷ 該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。

資格喪失事由

☐ ① 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

再取得後の健康保険の被保険者等の記号番号	
適用事業所の名称	
資格取得年月日	令和　年　月　日

☐ ② 後期高齢者医療制度の被保険者となったため

後期高齢者医療の被保険者等の被保険者番号	
都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	（　　）後期高齢者医療広域連合
資格取得年月日	令和　年　月　日

☑ ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため

【 添付書類と留意事項 】

喪失事由	添付書類	留意事項
①又は②の方	● 新たに交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー（被扶養者分を含む） ＊当組合発行の資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。（被扶養者分を含む）	○ 資格喪失年月日は、新たに交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の資格取得年月日となります。 ○ 保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。
③の方	● 新たに交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー（被扶養者分を含む） ＊当組合発行の資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。（被扶養者分を含む） ※ ③が資格喪失事由の場合、申出月の月末までは資格確認書等を使用することできます。月末まで資格確認書等を使用する予定がある場合は、この申出書に資格確認書等は添付せず、申出月の翌月１日以降に送付してください。	○ 資格喪失年月日は、この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。 ○ 保険料は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月分までかかります。 ○ 申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。

注：資格取得月に資格喪失となった場合は、資格喪失月の保険料はかかります。

健保組合記入欄	年　月　日 喪失

マイナンバー記入欄（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

機 缶 健 康 保 険 組 合

（R7.12）